КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
до и после теста на ВИЧ: вопросы и ответы

СПРАВОЧНИК
для медицинских работников

2008

СПРАВОЧНИК
для медицинских работников

Консультирование до и после теста на ВИЧ: вопросы и ответы

ГЛОБУС
ГЛОБАЛЬНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ УСИЛИЙ ПРОТИВ СПИДА

ГУМАНИТАРНЫЙ ПРОЕКТ • HUMANITARIAN PROJECT •

PHD Consulting

AIDS Foundation East-West
СПИД Фонд Восток-Запад

ББК 55.148+51.1(2)5
ISBN 5-94905-006-1

Авторы-составители:

Ольга Аврукина
Татьяна Сагидулина
Марина Корнилова
Денис Камалдинов
Рахиль Сапожникова
Елена Касик
Мария Ракитина
Надежда Василец
Анна Карпова
Алена Лобецкая
Дмитрий Уфимцев
Евгения Кириенко

Художники:

Артем Попов
Петр Дикарев

Верстка:

Максим Березин

Разработано общественной организацией "Гуманитарный проект" при информационной и методической поддержке МОО "Независимая консалтинговая группа "Развитие общественного здравоохранения" (PHD Consulting).
Выпущено Фондом «Сибирь СПИД помощь» в рамках проекта ГЛОБУС
при финансовой поддержке
«СПИД Фонда Восток-Запад» (AFEW).

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО.

"Консультирование до и после теста на ВИЧ: вопросы и ответы. Справочник для медицинских работников".

В этом справочнике авторы аккумулировали зарубежный и российский опыт в области консультирования по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД. В книге приводятся статистические данные и эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД на территории Российской Федерации; рассматриваются содержание консультирования, по вопросам, связанным с ВИЧ, конкретные формулировки вопросов, которые могут применяться на различных этапах консультирования и описание широкого спектра техник, которые помогут сделать процесс консультирования более эффективным. Приложения включают в себя основную информацию о ВИЧ, изложенную простым и доступным языком, адаптированным для пациентов.

Мы надеемся, что справочник будет полезен не только тем, кто только начинает постигать азы консультирования, но и опытным консультантам.

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. "Почему консультирование до- и после теста на ВИЧ является актуальной задачей?" 7
Что такое добровольное информированное согласие? 13
Зачем врачу заниматься консультированием? 14
Как связаны между собой консультирование до и после теста на ВИЧ и профилактика? 16
Как происходит изменение поведения? 21
Глава 2. Что такое консультирование до и после теста на ВИЧ? 26
Что делает консультант при дотестовом консультировании? Дотестовое консультирование 29
Что делает консультант при послетестовом консультировании? 43
Основные моменты консультации при отрицательном результате теста 43
Основные моменты консультации при неопределенном результате теста 48
Основные моменты консультации при положительном результате теста 56
Каковы особенности консультирования женщин? 67
Особенности консультирования по вопросам беременности 69
Особенности консультирования женщин с отрицательным статусом, партнеры которых ВИЧ-позитивные мужчины 71
В чем особенности консультирования уязвимых групп? 74
Потребители инъекционных наркотиков 77
Работники коммерческого секса 80
Мужчины, практикующие секс с мужчинами 82
Осужденные 84
Глава 3. Как организовать процесс эффективного консультирования? (психологические аспекты) 89
Как организовать окружающее пространство? 89
Какова роль личности консультанта в процессе консультирования? 91
Какова роль личности консультируемого в процессе консультации? 102
Какие навыки необходимы консультанту? 109
Вербальное и невербальное поведение 109
Культуральные особенности 121
Возможные тактики консультанта 122
Каким может быть слушание? Приемы слушания 129
Какие вопросы можно задавать при консультировании? 133
Что может помешать эффективному консультированию? 137
Как можно провести консультирование? ("Пятишаговая модель"). 140
Дотестовое консультирование 142
Послетестовое консультирование при отрицательном результате 146
Послетестовое консультирование при неопределенном результате 151

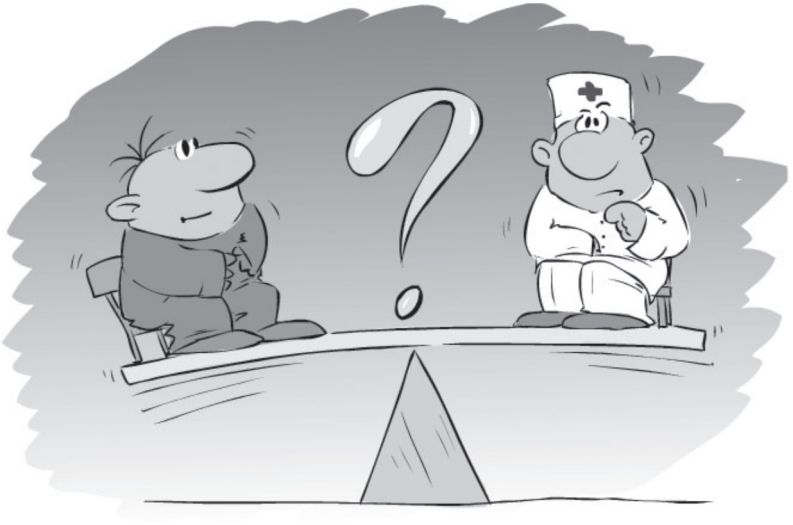
Послетестовое консультирование при положительном результате 156
Приложения
Приложение 1 "Основная информация о ВИЧ" 161
1. Что такое ВИЧ? 161
Из чего он состоит и как размножается? 161
Где может жить вирус и что может его уничтожить? 163
В каких жидкостях организма может находиться ВИЧ? 163
Как может заразиться другой человек? 164
Что такое ВИЧ инфекция? 167
Каковы стадии развития ВИЧ-инфекции? 167
Когда нужно сдавать тест на ВИЧ? 168
2. Что такое СПИД? 169
Почему это так называется? Что это означает? 169
Как проявляется СПИД? 169
У всех ли ВИЧ- инфицированных развивается СПИД? 170
Как замедлить развитие СПИД? 170
3. Что такое иммунная система человека? 172
Что делает иммунная система? 172
Из чего состоит иммунная система? 172
Как работает иммунная система? 172
4. Что происходит с организмом сразу после заражения ВИЧ? 174
5. В какие клетки проникает вирус? 175
Почему его трудно уничтожить? 175
6. Почему возникает иммунодефицит? 176
7. Что такое оппортунистические и СПИД - ассоциированные заболевания? 177
Какие СПИД-ассоциированные заболевания встречаются в России? 177
8. Как размножается вирус иммунодефицита? 177
9. Можно ли вылечить ВИЧ-инфекцию? 178
Что такое тритерапия и ВААРТ? 178
Как действует тритерапия? 179
Какие препараты применяются для тритерапиии? 180
Почему одному человеку обычно назначают несколько препаратов? 182
Что такое резистентность и как она возникает? 183
Какие результаты дает тритерапия? 184
От чего зависит эфективность антиретровирусной терапии? 185
В чем недостатки тритерапиии? 185
10. Какие правила поведения в быту должен соблюдать человек, живущий с ВИЧ? 187
11. Что делать если инфицированная жидкость случайно попала на неинфицированного человека? 194

12. Почему даже если оба партнёра инфицированы, всё равно нужно пользоваться презервативом? 195
Как сделать секс более безопасным, если один из партнеров или оба партнера ВИЧ-позитивные? 196
О чем стоит подумать, если пара, где оба партнера ВИЧ-позитивны хочет отказаться от использования презерватива? 197
Что нужно знать об использовании презервативов? 198
13. Как планировать беременность в дискордантных парах? 199
Что может сделать ВИЧ-положительная женщина, чтобы безопасно забеременеть от ВИЧ-отрицательного мужчины? 199
Что может сделать ВИЧ-отрицательная женщина, чтобы безопасно забеременеть от ВИЧ-положительного мужчины? 201
14. Что нужно делать, что бы родить здорового ребенка? 203
Как может произойти передача ВИЧ от матери к ребенку? 203
Что нужно делать что бы не допустить инфицирования ребенка? 204
Правда ли, что антиретровирусные препараты могут повредить течению беременности и развитию ребенка? 205
Правда ли что беременность ускоряет развитие ВИЧ-инфекции? 206
Почему «запланированная» беременность лучше, чем «случайная»? 206
15. Где может работать ВИЧ+ человек? 209
При поступлении в какие учебные заведения или на работу в каких должностях требуется обследование на ВИЧ- инфекцию? 209
Если требование работодателя о сдаче теста на антитела к ВИЧ незаконно, но по традиции все сотрудники оформляют санитарную книжку, как может поступить ВИЧ+ человек чтобы устроиться на работу, но не афишировать свой статус? 210
Существуют ли специальности, которые противопоказаны при ВИЧ-инфекции по медицинским показаниям? 211
16. Какие виды сервиса для людей, живущих с ВИЧ, существуют в Сибири? 212
17. Несут ли ВИЧ+ люди ответственность за заражение другого человека ВИЧ-инфекцией? 217
18. Какие существуют законы, зашишающие права ВИЧ-позитивных людей? 219

Приложение 2 "Классификация стадий ВИЧ-инфекции" 221
Приложение 3 "Лабораторные исследования" 229

Список литературы 233

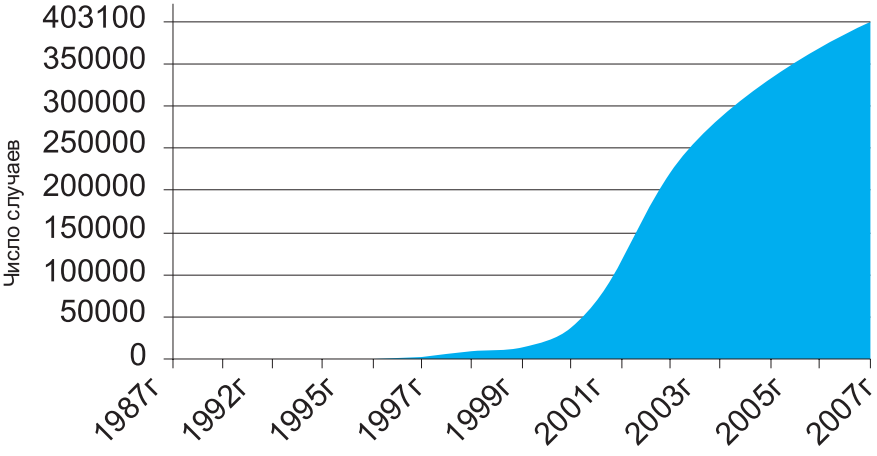
Почему консультирование до- и после теста на ВИЧ является актуальной задачей?



В настоящее время врачу любой специальности приходится, так или иначе, сталкиваться с инфекцией, вызываемой вирусом иммунодефицита человека с ВИЧ-инфекцией.

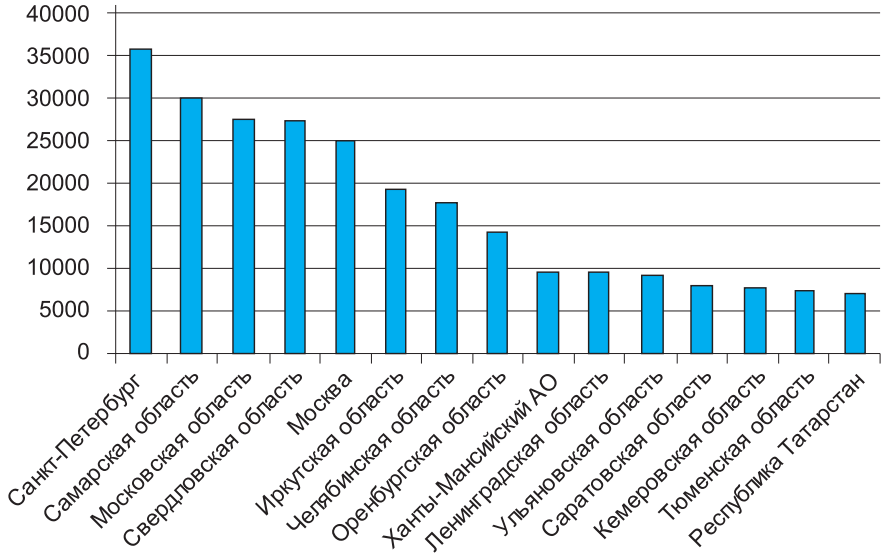
Первые случаи инфицирования ВИЧ в России были выявлены в 1987 году. К середине 1990-х годов очаги ВИЧ-инфекции локализовались в приграничной Калининградской области и на Черноморском побережье Краснодарского края. А с конца 1990-х началось стремительное распространение ВИЧ-инфекции по территории страны, максимальный рост отмечался в городах федерального значения, нефтегазодобывающих и других экспортных регионах и городах Поволжья, Урала и Сибири с более высокими доходами населения, а затем и в прилегающих к ним областях. В Норильске и Тольятти уже в середине 2002 г. было инфицировано

до 1% населения. ВИЧ-инфекция стала болезнью молодых людей более "богатых" территорий из-за роста наркомании, и, хотя с 2002 г. темпы роста численности инфицированных снизились, противодействовать распространению вируса только медицинскими методами, а распространению наркомании только медицинскими и карательными мерами.



Официальные данные свидетельствуют о том, что на 31 октября 2007 года в России живет 403100 ВИЧ-инфицированных людей. Наибольшее число ВИЧ-инфицированных зарегистрировано в г. Санкт-Петербурге, где всего было выявлено 35315 случаев, Свердловской области (33303), Московской области (30619), Самарской области (30013), в г. Москве (29421), Иркутской (23215), Челябинской (17561) и Оренбургской (16620) областях.

Число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в регионах РФ на 31. 10. 2007 года (по данным Федерального научно - методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом)



Понятно, что в больших городах и областях количество инфицированных будет выше из-за плотности населения, поэтому рассчитываются объективные показатели на 100 тысяч населения (см. таб.). Согласно этим данным, наиболее часто ВИЧ-инфекция встречается в Самарской, Иркутской и Оренбургской областях.

Пораженность ВИЧ-инфекцией населения Российской Федерации на 31. 10. 2007

Территории с очень высоким уровнем пораженности	Количество ЛЖВС на 100 тыс. населения	Кумулятивное количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных	Кумулятивное количество детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза
Тверская область	402,6	5924	405
Московская область	462,6	30619	2399
Челябинская область	487,4	17561	1683
Ульяновская область	580,3	8025	528
Калининградская область	606,2	5791	239
Ленинградская область	736,5	12293	600
Оренбургская область	762,5	16620	1202
Ханты-Мансийский АО	761,8	10915	897
Свердловская область	742,3	33303	2249
Санкт-Петербург	757,6	35315	641
Самарская область	926,4	30013	1037
Иркутская область	970,1	23215	1201
Всего в России		**403100**	**19329**

По оценочным данным, пораженность ВИЧ-инфекцией населения в возрасте от 15 до 49 лет в 2006 г. составила не менее 1,2%. В таких территориях, как Иркутская, Самарская, Оренбургская области, Ханты-Мансийский АО, г. Санкт-Петербург и др., реальное количество инфицированных составляет 3-4% взрослого населения.

К сожалению, до сих пор существует мнение, что ВИЧ-инфекцией заражаются только антисоциальные, наркотизированные люди. И хотя парентеральный

путь передачи остается доминирующим, доля лиц, заразившихся половым путем, растет год от года.

В настоящее время в России продолжается выявление новых случаев ВИЧ – инфекции, увеличивается общее число зараженных, увеличивается показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией, растает смертность от СПИДа. Остановить эти негативные тенденции можно только в случае значительного усиления профилактических мероприятий, принимать участие в которых должны все медработники, а также внедрения современных методов лечения ВИЧ-инфекции.

Лабораторная диагностика ВИЧ остается одним из наиболее важных мероприятий, в рамках противодействия ВИЧ-инфекции, как на персональном, так и на общественном уровне.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию было введено в 1985 году, вначале для контроля донорской крови на наличие HTLV-3, позднее названного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Обследование на ВИЧ-инфекцию - это серологическая реакция обнаружения антител к ВИЧ (или ВИЧ-антигена/ВИЧ-РНК/ВИЧ-ДНК) у конкретного лица по рекомендации медицинского работника или же по желанию самого человека.

Рассмотрим ситуацию с обследованиями на примере Сибирского Федерального округа. По данным официальной статистики за 2005 год, количество обследований на антитела к ВИЧ, от общего числа населения, составляет 7%. Из них положительный результат получился в 0,2 % случаях.

Недавние успехи в лечении СПИДа позволяют надеяться на высокую эффективность противовирусной терапии. Тем не менее, доступ к антиретровирусному лечению и уходу за больными другими заболеваниями, вызванными ВИЧ, остается крайне ограниченным. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, девять из десяти человек, срочно нуждающихся в лечении от ВИЧ, не охвачены таким лечением. От пяти до шести миллионов людей, живущих в развивающихся странах,

могут умереть в ближайшие два года, если не получат антиретровирусное лечение.

Инициатива «3 к 5» бросила вызов мировой общественности, призвав предоставить к концу 2005 года лечение ВИЧ/СПИДа трем миллионам человек, живущим с ВИЧ/СПИДом, в странах с менее развитой экономикой. Несмотря на то, что эта цель всегда понималась как промежуточная, даже ее достижение оказалось невозможным. Успехи, достигнутые в процессе работы над решением этой задачи в последние несколько лет, показали, что система лечения ВИЧ/СПИДа может эффективно работать даже в наибеднейших условиях, однако, ранняя диагностика ВИЧ-инфекции всегда предпочтительнее позднего установления диагноза.

Врач любой специализации, который заподозрил данную инфекцию у пациента, может назначить тест на ВИЧ, или пациент может обследоваться по своему желанию.

Развитие методики до и послетестового консультирования началось с того, что пациенты интересовались: что за анализ им делают, для чего это нужно и что означает результат, а при сообщении положительного и сомнительного результатов нуждались в психологической поддержке. Со временем все этапы консультирования дополнялись и структурировались, чтобы соответствовать потребностям как врачей, так и пациентов.

В России консультирование до и после теста на ВИЧ стало обязательной процедурой с 1995 года, когда вступил в силу закон "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), от 24 февраля 1995 года", который вменяет в обязанности медицинских работников России проводить консультирование до и после теста на ВИЧ. (Закон и приказ см. в Приложении)

Добровольное информированное согласие:

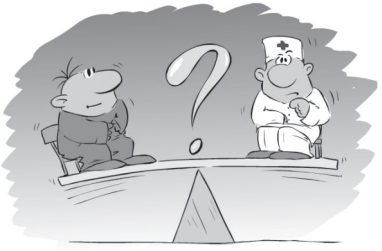
Задача дотестового консультирования - это проведение беседы с пациентом, в результате которой он получает информацию и принимает самостоятельное решение по поводу обследования на ВИЧ. Все это называется добровольным информированным согласием:

- Общим правилом является то, что согласие пациента - это существенная предпосылка консервативного лечения любого рода. В противном случае нарушается неприкосновенность личности и происходит вмешательство в ее частную жизнь.
- Информированное согласие следует получить до проведения теста. Это необходимо потому, что серологическая реакция выявления ВИЧ-инфекции является инвазивным тестом, а также из-за весомых последствий в смысле потенциальной дискриминации в области страхования, здравоохранения, найма на работу и личных отношений.
- Пациент должен быть информирован, его согласие ясно обозначено, желательно его выразить письменно (см. приложение). Согласие на получение консультации или обследование по поводу каких-либо других заболеваний и лечение НЕ следует трактовать как одновременное согласие на тестирование на ВИЧ-инфекцию.
- В клинической ситуации, при которой показано тестирование на ВИЧ, и медицинский работник приходит к выводу, что он со своей стороны не может пренебречь ВИЧ-тестированием пациента, его долгом будет обьяснить ситуацию пациенту и постараться получить согласие на проведение теста в интересах самого же пациента.
- Исключением из этого правила будут лишь немногие

случаи, при которых согласие пациента получить невозможно. Основные обстоятельства таких исключений - это те случаи, когда пациент находится без сознания, и поэтому не способен дать согласие, в то время как знание ВИЧ-статуса является необходимым для защиты здоровья и жизни пациента.

Консультирование будет наиболее эффективным, если врач будет осознавать, что это выгодно и для него.

Зачем врачу заниматься консультированием?



1. Способствует профессиональному росту за счет освоения новой методики работы:
Всвоейработелюбойврачиспользует элементы консультирования, однако полное освоение и применение методики обычно придает качественно новый характер всему процессу общения с пациентом. Консультирование повышает эффективность взаимодействия и переводит диалог врача и пациента на более высокий уровень.

2. Позволяет установить более "хороший контакт" с пациентом и улучшить качество медицинской помощи в одном "отдельно взятом месте".
Технология консультирования при качественной реализации способствует доверительному и открытому общению между врачом и пациентом.
Это даёт возможность добиться в перспективе, за счет высокого уровня доверия пациента врачу, большей приверженности лечению, и стремления соблюдать врачебные рекомендации;
достоверно оценить эффективность назначенного лечения, т.к. возрастает вероятность, что пациент не будет скрывать нарушения режима лечения.

3. Применение консультирования создает положительную репутацию врачу и привлекает дополнительных пациентов.
Консультирование всегда включает этапы выслушивания и эмоциональной поддержки пациента, то есть именно те качества, которые для большинства пациентов характеризуют "хорошего врача", которого хочется порекомендовать своему окружению.
4. Дает врачу чувство морального удовлетворения от проделанной работы, так как в случае правильного и подробного консультирования повышается качество работы.
5. Позволяет более качественно собрать анамнез, что:
дает возможность более точно поставить диагноз,
не проводить лишний обьем исследований, либо наоборот назначить дополнительно необходимые исследования,
назначить более адекватное лечение (соответствующее образу жизни пациента, которое он сможет выполнять).
6. Позволяет избежать формализма.
Формальное восприятие и подход к пациенту зачастую является следствием большой нагрузки. Консультирование гарантирует более "глубокий уровень" знакомства с личностью пациента и большие временные затраты, поэтому "защищает" от формализма.
7. Переводит отношения в плоскость сотрудничества: пациент является не пассивным исполнителем, а активным и ответственным участником процесса.

Это утверждение иллюстрирует метафора для пациента: «Настрое - вы, я и болезнь. Я и ваша болезнь - противники. На чью сторону вы встанете, тот и победит».

8. Дает возможность принять участие в решении глобальной проблемы распространения эпидемии ВИЧ-инфекции.
Если в результате консультирования хотя бы один человек изменит своё поведение и, в итоге избежит заражения

ВИЧ-инфекцией, это уже будет значимым вкладом в решение глобальной проблемы мировой эпидемии.

9. Позволяет на практике реализовать статью закона о добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство.

Статья 30 “Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан” описывает права пациента. В том числе право на “информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство” (ст. 32), на отказ от медицинского вмешательства (ст. 33), на получение информации о состоянии своего здоровья и своих правах, обязанностях (ст. 31).

10. Позволяет соблюдать Федеральный закон, который обязывает каждого врача, назначающего тест на ВИЧ, проводить до и после тестовое консультирование.

Федеральный Закон от 30.03.95 г. № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)" (с изменениями от 12.08.96 г., от 09.01.97 г., от 07.11.00 г., 22.11.04 г.) принят Государственной Думой 24.02.95 г.

11. Позволяет включать в отчеты дополнительный пункт о проделанной работе.

Консультирование может быть включено в отчет в разделе профилактической работы.

Как связаны между собой консультирование до и после теста на ВИЧ и профилактика?

Профилактика входит в обязанности каждого медицинского работника.

Консультирование до и после теста на ВИЧ - **один из видов профилактической деятельности,** а именно - индивидуальная, специфическая, первичная или вторичная профилактика.

Профилактика - это активный поступательный процесс создания условий и формирования личных качеств, поддерживающих благополучие.

Этот процесс призван способствовать:

- обеспечению безопасной и поддерживающей среды;
- доступу к информации;
- помощи в приобретении жизненных навыков.

Наиболее эффективными способами являются:

- обеспечение возможности консультирования;
- обеспечение доступа к специализированным службам помощи;
- формирование в общественном сознании представлений, способствующих сохранению здоровья.

Профилактику можно рассматривать как особый вид деятельности, который находится на стыке психологии, педагогики, социологии, медицины, PR и информационных технологий.

Для профилактики заболеваний, связанных с поведением, существует множество классификаций по различным критериям. Ниже представлен один из возможных подходов:

1. По целевой группе (кто является объектом воздействия) - **вид профилактики.**
2. По содержанию деятельности (что является предметом деятельности) - **тип профилактики.**
3. По "точке приложения" усилий - **уровень профилактики.**

Виды профилактики:

Первичная профилактика - комплекс социальных,

образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих возникновение заболеваний (приобщение к употреблению наркотиков, заражение ВИЧ-инфекцией и др.).

Вторичная профилактика - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих прогрессирование болезни и развитие осложнений (информирование об образе жизни, сохраняющем здоровье; прием препаратов, препятствующих развитию оппортунистических инфекций и др.).

Третичная профилактика - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов заболевания и способствующих восстановлению личностного и социального статуса пациента.

Типы профилактики:

Неспецифическая (общесоциальная) профилактика - сфера деятельности, не затрагивающая непосредственно проблему, а влияющая на нее косвенно - через административные механизмы, педагогическими средствами, при помощи информационных технологий.

Например, к мероприятиям неспецифической профилактики можно отнести программы и мероприятия по организации досуга подростков и молодежи: создается альтернатива приему наркотиков, организуется занятость подростков в свободное время; информационные кампании, направленные на осознание ценности здоровья; психологические тренинги, направленные на развитие социальной компетентности и личностного роста.

Специфическая профилактика: мероприятия и программы этого типа призваны влиять на те или иные проявления проблем и их медицинские и социальные последствия.

Например, к таким программам можно отнести: специализированные информационные кампании в средствах массовой информации, профилактические тренинги или тематические занятия для подростков и специалистов, выпуск специальной литературы, программы обследования, вакцинации и лечения, программы снижения вреда.

Уровни профилактики:

Личностный уровень - на этом уровне воздействие на целевую группу сфокусировано таким образом, чтобы содействовать формированию тех качеств личности, которые способствовали бы сохранению здоровья отдельного человека. К профилактике на личном уровне можно отнести консультирование, лечение, тренинги развития навыков социальной компетентности.

Семейный уровень предполагает влияние на семью и тем самым, на формирование ценностей и образа жизни, которые будут способствовать сохранению здоровья. Например, тематические родительские собрания, семейные консультации, вовлечение родителей в программы, способствующие сохранению здоровья (например: "Мама, Папа, Я - спортивная семья", "Клуб родителей, дети которых страдают сахарным диабетом" и др.).

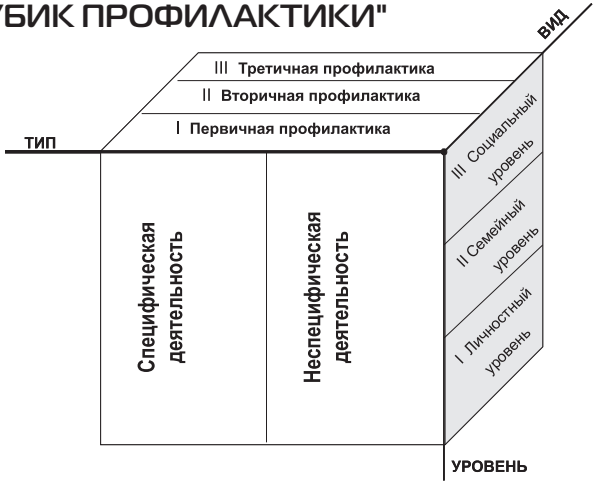
Социальный уровень профилактики способствует изменению общественных норм - повышению ценности здоровья и уровня толерантности к людям, страдающим каким-либо заболеванием. Это привлекает внимание общества к определенным проблемам и позволяет более успешно проводить профилактическую работу на личностном и семейном уровнях.

Соотнесение профилактической деятельности с данной классификацией имеет практическое значение:

- позволяет ставить достижимые цели,
- осознавать последствия вложенных усилий.

Например: открытие секции по зимним видам спорта в "спальном" районе является неспецифической первичной профилактикой на личностном уровне. Это событие, скорее всего, поможет подросткам, посещающим эти секции, избежать наркотизации и сопутствующих проблем. В то же время - никак не повлияет на вероятность отказа от употребления наркотиков для тех, кто их уже употребляет.

Схема "КУБИК ПРОФИЛАКТИКИ"



Из этого следует, что

- **консультирование до теста на ВИЧ** является методом **специфической, индивидуальной, первичной профилактики,** т.к. объектами консультирования являются люди, незнающие своего статуса;
- **консультирование после теста на ВИЧ при отрицательном результате** - это так же **специфическая, индивидуальная, первичная профилактика,** т.к. объект консультирования не имеет заболевания;
- **консультирование после теста на ВИЧ при положительном результате** - это **специфическая, индивидуальная, вторичная профилактика,** т.к. человек в ходе консультации узнает о своем диагнозе.

Качественно проведенное до и послетестовое консультирование отвечает всем характеристикам профилактического процесса:

- клиент получает структурированную достоверную информацию о ВИЧ - инфекции;
- инициируется процесс развития новых навыков

Например: оценка рисков в собственном поведении, обсуждение с партнером необходимости применения презервативов и т.д.;

- повышение уровня информированности и развитие новых навыков в ходе консультирования дают возможность клиенту постепенно менять обстоятельства своей реальной жизни на более безопасные,
- консультант своими действиями создает чувство безопасности и оказывает эмоциональную поддержку клиенту, в результате чего консультативный кабинет может стать единственным местом, в котором клиент может спокойно обсуждать сложные вопросы своей жизни.

Как происходит изменение поведения?

На поведение человека влияют многие факторы и условия, например: чувство уверенности в себе, тревожность и другие личностные характеристики. Но для организации профилактической работы очень удобна модель изменения поведения, основанная на 3 блоках: информация, мотивация и поведенческие навыки.

Что такое мотивация?

Мотивация - это система стимулов (мотивов), побуждающих человека к действию или бездействию. Мотив - это побуждение совершить какое-то действие или бездействие. Мотивы обьясняют, почему человек начинает действовать, почему он делает именно это, а не что-то другое, и почему он воздерживается от некоторых действий. Мотивация включает также потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и идеалы. Хочу, Могу и Буду изменения состоят из мотивов. Эти мотивы различны и иногда могут противоречить друг другу. Это важно учитывать, рассматривая с пациентом идею изменений.

Эмоциональное благополучие личности в определенной степени зависит от того, насколько успешно реализуется мотивация к деятельности. Мотивация, в свою очередь, связана с информацией, которой располагает человек.

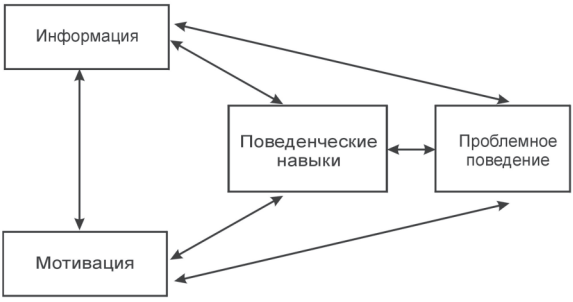
Что такое информация?

Информация, в данном случае, - это знания, личный опыт и дополнительные сведения о предметах и явлениях, получаемые человеком в течение жизни. Имеющаяся у человека информация может стимулировать его на развитие новых поведенческих навыков и, соответственно, на изменение поведения в определенных ситуациях. Таким образом, новая информация оказывает влияние на поведение человека.

Что такое поведенческие навыки?

Поведенческие навыки это навыки, приобретенные в результате обучения, которые практически не требуют сознательной регуляции и контроля, т.е. осуществляются автоматически. На формирование навыков влияют такие факторы, как мотивация и наличие определенных предварительных знаний.

Модель изменения поведения



Fisher & Fisher (1992)

Все связи на этой схеме взаимонаправлены. Это означает, что изменение в каком-либо одном блоке приводит к изменениям во всех остальных. Кроме того, дефицит в каком-либо блоке требует восполнения, иначе поведение не будет эффективно реализовываться.

ПРИМЕР 1. Влияние информации:
Человек, никогда не использующий презервативов, в какой-то момент узнаёт о возможности заражения ВИЧ-инфекцией половым путем, т.е. получает новую информацию. Он понимает, что не имеет опыта покупки и использования презервативов, не знает, как предложить это своему партнеру - т.е. не владеет поведенческими навыками.

Знания о возможности инфицирования тяжелым заболеванием активируют мотивацию на сохранение здоровья. Так информация и мотивация порождают решение начать использовать презервативы, т.е. изменить проблемное поведение. Реализации принятого решения мешает отсутствие поведенческих навыков. Если человек приобретет недостающие поведенческие навыки, он, вероятно, будет менять проблемное поведение на более безопасное и приемлемое. Приобретение навыка может произойти, например, в ходе консультации, практической демонстрации консультантом правил использования презервативов.

ПРИМЕР 2. Влияние мотивации:
Женщина планирует беременность и хочет родить здорового ребенка, то есть имеет высокую мотивацию к сохранению здоровья. "Сила" **мотивации** будет стимулировать поиск **информации** о полезном поведении - гипоаллергенном питании, гимнастике для беременных, подготовке к родам и др. Высокая мотивация будет стимулировать женщину к приобретению **новых поведенческих навыков.** Например, посещение "школы для будущих мам". В итоге поведение женщины изменится на более полезное. На фоне высокой мотивации к рождению здорового ребенка консультирование по вопросам здоровья может быть очень эффективным.

ПРИМЕР 3. Влияние поведенческих навыков:
Во время летних каникул мальчик едет отдыхать на море и там учится плавать, то есть приобретает **новый навык.** Новое умение управлять своим телом в воде вызывает много приятных чувств. Он рассказывает друзьям о своих успехах и хочет продолжать плавать и в зимний период, то есть появляется **мотивация** к развитию и использованию нового навыка. Желание продолжать плавать заставляет мальчика искать **информацию** о наличии бассейнов и спортивных секций по плаванию. Если в этот период мальчик или его родители получат врачебную консультацию о полезном влиянии плавания на растущий организм, то вероятность посещения спортивной секции значительно возрастет, так как создает **мотивацию** и повышает **уровень информированности у родителей мальчика.**

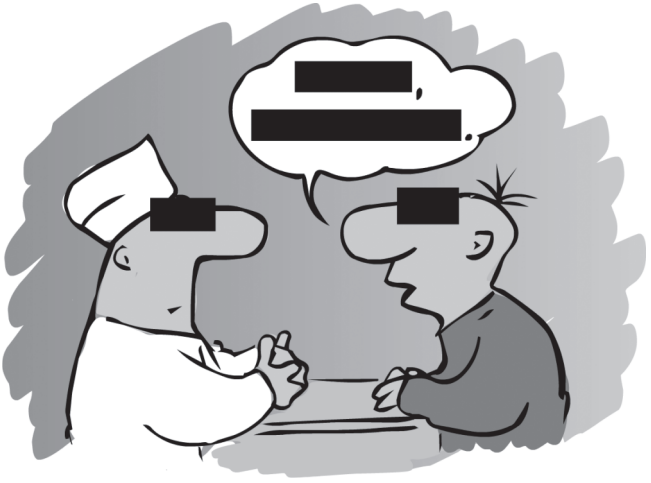
Эта схема хорошо иллюстрирует 3 основных цели профилактической деятельности, для формирования ответственного и безопасного поведения:

- достоверное информирование,
- создание мотивации к сохранению здоровья и безопасному поведению,
- формирование поведенческих навыков.

Описанная выше схема может оказаться "излишне простой" для понимания психологических особенностей людей, практикующих проблемное поведение. Однако, она хорошо иллюстрирует основные составляющие поведения, на которые консультант может оказывать влияние.

Консультирование до и после теста на антитела к ВИЧ может быть эффективным способом воздействия с целью изменения поведения пациента на более безопасное.

Что такое консультирование до и после теста на ВИЧ?



Согласно определению, данному в программе ВОЗ по борьбе со СПИДом (1990), консультирование представляет собой конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом, который дает возможность обратившемуся преодолеть стресс, а также принять решение относительно инфекции ВИЧ. Таким образом, консультирование включает не только информирование пациента о данной инфекции, но и психологическую поддержку в виде помощи по преодолению стресса. Конфиденциальность и консультирование до и после тестирования должны быть неотъемлемой частью обследования, а перед тестированием необходимо получить информированное согласие пациента, т.е. до начала обследования на ВИЧ-инфекцию необходимо ознакомить пациента с условиями и риском диагностического тестирования и получить его согласие на это.

С целью консультирования в некоторых городах России создана сеть кабинетов психосоциального

консультирования и добровольного (анонимного) обследования на ВИЧ (КПК), но с целью обследования пациент может обратиться к врачу любой специальности, и врач должен знать, как вести себя в этой ситуации.

Исчерпывающая и обстоятельная консультация до и после тестирования является существенной частью подготовки пациента к тому, чтобы эффективно справиться как с процессом тестирования, так и с осознанием его результатов. Кроме снабжения пациента фактическими знаниями о тестировании и подготовки его к практической процедуре, консультация должна полностью использовать возможность проведения профилактики ИППП в целом и ВИЧ в частности.

Человек, обратившийся в медицинское учреждение для тестирования на антитела к ВИЧ может не испытывать желания пройти процедуру дотестового консультирования. Однако ему должна быть предложена консультация, и даны обьяснения о её целесообразности. Отказ от дотестового консультирования не должен являться препятствием к добровольному тестированию на ВИЧ (например, лица, ранее проходившие ДКТ, могут обратиться с целью тестирования, не нуждаясь в еще одной дотестовой консультации). Тем не менее, получение информированного согласия от человека, подвергающегося тестированию, является минимальным требованием для прохождения теста на ВИЧ.

Первичными целями лабораторной диагностики ВИЧ являются следующие:

- выявить ВИЧ-инфицированных лиц при клиническом обследовании или в процессе проведения скрининга;
- уменьшить риск передачи вируса, консультируя до и после обследования людей с положительным результатом тестирования на ВИЧ, а также людей, получивших отрицательный результат тестирования на ВИЧ, но имеющих высокий риск инфицирования;
- уведомить и проконсультировать партнеров таких лиц,

чтобы направить их в соответствующую службу, занимающуюся профилактической работой среди партнеров ВИЧ-инфицированных.

Консультирование проводится до и после проведения теста

В результате дотестового консультирования Врач

- оценивает в процессе опроса риск заражения у данного пациента и необходимость проведения теста;
- проводит профилактическую работу, обучая пациента наиболее безопасному поведению в отношении ВИЧ - инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем;
- информирует пациента о ВИЧ-инфекции и диагностических возможностях теста.

Пациент получает

- достоверную информацию о ВИЧ-инфекции и о процессе тестирования;
- обьективную оценку имеющегося в его жизни риска заражения ВИЧ-инфекцией;
- информацию о безопасном поведении;
- психологическую поддержку в связи с опасениями в отношении ВИЧ-инфекции;
- понимает последствия решения о прохождении тестирования.

В результате послетестового консультирования

Врач

- при положительном результате проводит эпидрасследование, что способствует снижению распространения ВИЧ,
- при сомнительном результате формирует у пациента

осознанное желание пройти повторное тестирование через определенное время,
- при отрицательном результате закрепляет информацию, данную в ходе дотестового консультирования и мотивирует пациента к изменению поведения на более безопасное.

Пациент
- получает информацию о результатах тестирования и о том, что они означают,
- может задуматься об изменении своего поведения на более безопасное,
- получает психологическую поддержку в связи со своими страхами в отношении ВИЧ-инфекции,
- получает помощь при переживании первой реакции, если результат теста оказался положительным.

Результат, ради которого пациент получает консультацию, и результат, ради которого врач консультирует своего пациента, отличаются друг от друга, **поэтому важно, чтобы врач стремился сделать консультирование результативным, прежде всего для пациента.**

Что делает консультант при дотестовом консультировании?

Дотестовое консультирование проводится врачом или другим подготовленным медицинским работником с пациентом, которому желательно определить ВИЧ-статус. Самостоятельное решение пациента о прохождении теста в юридических документах называется "**добровольное информированное согласие**". В Российском законодательстве получение "**добровольного информированного согласия**" является обязательным при проведении любых медицинских процедур.

Обращение человека в медицинское учреждение с намерением "сдать тест на ВИЧ" не отменяет необходимость проведения до- и послетестового консультирования, а также получения добровольного информированного согласия. Во-первых, человек может не обладать достаточной информацией о тестировании. Во-вторых, дотестовое консультирование может способствовать изменению поведения.

Дотестовое консультирование происходит поэтапно и включает следующие разделы:

- **обсуждение причин прихода на консультацию,**
- **выяснение уровня знаний о ВИЧ-инфекции и путях передачи,**
- **оценка личного риска пациента,**
- **информирование о процедуре тестирования,**
- **обсуждение возможных результатов тестирования,**
- **обсуждение личного плана снижения риска,**
- **принятие пациентом решения относительно тестирования.**

В процессе беседы консультант задаёт вопросы личного характера, которые могут быть расценены пациентом как праздное любопытство со стороны врача, поэтому перед началом разговора необходимо объяснить, что они вызваны необходимостью оценить, существовал ли объективный риск заражения ВИЧ-инфекцией у данного пациента и уверить, что все полученные сведения останутся в тайне. Если напряжение нарастает, можно пояснять, в связи с чем задается именно этот вопрос, одновременно давая информацию о ВИЧ.

Например: «При анальном сексе практически всегда возникают небольшие повреждения кожи и слизистой оболочки, поэтому вирусу проще проникнуть в организм и риск заражения в два раза больше чем при

вагинальном сексе. Поэтому я задаю вопрос, практикуете ли вы иногда анальный секс без презерватива?

Информацию важно подавать

- последовательно,
- простым и понятным языком,
- разборчиво,
- с паузами (чтобы предоставить время для осознания),
- убедиться, что она усвоена, прежде чем переходить к следующему этапу.

Иногда полезно попросить пациента повторить своими словами основные положения беседы, чтобы убедиться, что он их правильно понимает.
Важно, чтобы личное отношение врача к национальности, вероисповеданию, особенностям поведения и образу жизни пациента не влияло на содержание и форму задаваемых вопросов.

Например, на эмоциональную окраску и общий тон беседы может влиять отношение врача к сексуальной ориентации пациента, или занятию коммерческим сексом; наркотизации, или вероисповеданию, запрещающему любую контрацепцию.

Глава 2

Дотестовое консультирование

Основные моменты дотестовой консультации:

Обсудить условия конфиденциальности.
Обсудить варианты анонимного тестирования.

При тестировании на ВИЧ, как и при других медицинских процедурах, должна соблюдаться конфиденциальность (соблюдение конфиденциальности регулируется законом о врачебной тайне). Конфиденциальность означает, что имя и другие личные данные человека и результаты анализов, факт и причина обследования, а также диагноз будут известны только его лечащему врачу и НЕ будут сообщаться другим людям.

Как частные, так и государственные учреждения, в которых проводится тестирование на ВИЧ, должны, наряду с обычным тестированием на ВИЧ, предлагать возможность анонимного обследования. Лица, желающие пройти анонимное обследование, могут не называть свое имя. Однако, как показывает опыт, большинство учреждений требуют идентификации при последующем наблюдении пациента с положительным результатом тестирования на ВИЧ.

- Анонимное тестирование может способствовать более раннему обращению пациента в медицинское учреждение и более раннему началу лечения.
- Сравнительные исследования показали, что анонимное тестирование предпочитают молодые и одинокие люди, приобретшие нового постоянного партнера в течение последнего года.
- Некоторые исследования показывают, что мужчины гомосексуальной ориентации чаще проходят тестирование на ВИЧ, если оно анонимно.
- Люди с низкими доходами и низким уровнем образования высказывают желание пройти тестирование на ВИЧ, если его результаты будут известны только им.

Выяснить причины, по которым пациент хочет провести ВИЧ-тестирование в данный момент времени

Выяснение причин, по которым человек обратился за консультацией, в самом начале разговора помогает построить дальнейшую беседу. Посетитель может обратиться за справкой для трудоустройства, или забеспокоиться в связи с обнаружением ВИЧ-инфекции у полового партнёра или члена семьи, или в связи с иными надуманными или реальными проблемами. В каждом случае последующее консультирование будет зависеть от конкретной ситуации, однако в целом проводится по единому плану.

Обеспечить понимание пациентом способов передачи ВИЧ и безопасного сексуального поведения.

-Вы считаете себя достаточно защищённым?

Можно выделить 2 этапа:

Оценка уровня знаний пациента о ВИЧ-инфекции.

Попросите пациента своими словами кратко рассказать, что он знает о ВИЧ-инфекции, ее возбудителе, путях и последствиях заражения. Таким образом, вы сможете оценить, в какой информации и в каком объёме человек нуждается.

Предоставление информации о ВИЧ-инфекции. На этом этапе обсуждаются и корректируются представления пациента об этом заболевании. Важно обьяснить:

- что представляет собой возбудитель (кратко, не вдаваясь в медицинские подробности, достаточно сообщить, что это вирус, который ослабляет защиту организма и не позволяет ему эффективно бороться с любыми инфекционными заболеваниями),
- какие нарушения он вызывает в организме (как

правило, нужно объяснить разницу между ВИЧ-инфицированием и СПИД),

- как вирус может проникнуть в организм: объясняются 3 пути передачи:

    - кровь-кровь (кровь, содержащая вирус попадает на поврежденную кожу или слизистые здорового человека, например при употреблении наркотиков одним шприцем),
    - половой путь (сперма или выделения влагалища, содержащие вирус, попадают на слизистые здорового человека, например при сексе без презерватива),
    - мать-дитя (вирусы от инфицированной матери могут попасть в организм ребенка в период беременности, во время родов или при кормлении грудью).

Если пациент имеет начальный уровень информированности о ВИЧ-инфекции, то ему, может быть необходимо предоставить более подробную информацию. Желательно уточнить, что именно интересует самого пациента. Это поможет выявить неверные «мифологические» представления пациента и дать ему достоверную информацию.

- Меры профилактики - информация о том, как НЕЛЬЗЯ заразиться ВИЧ (через укусы насекомых, при рукопожатиях и обьятиях, в бассейне и бане, пользуясь общей посудой), что можно делать, чтобы избежать контакта с инфицированными жидкостями (правильно использовать презервативы при каждом сексуальном контакте либо поддерживать сексуальные отношения только с единственным, верным, обследованным и здоровым партнером; использовать только стерильный медицинский инструментарий; не принимать наркотики, особенно вводимые внутривенно).

Собрать анамнез, включая детали сексуального поведения и других типов рискованного поведения.

Пациенту предлагается ответить на следующие вопросы:

- использует ли презервативы? Всегда или нет?
- при ответе «Всегда» нужно уточнить, правильно ли использует презервативы, какие именно использует, где приобретает, часто ли бывают разрывы?
- при ответах «обычно», «чаще всего», «иногда» или если презервативы используются не правильно, лучше уточнить:
  - какие виды секса практикует пациент (в частности, практикуется ли анальный секс)?
  - с какими половыми партнёрами имелся контакт, например, были ли среди половых партнеров лица с гомосексуальными предпочтениями, работники коммерческого секса?
  - есть ли среди половых партнеров люди, инфицированные ВИЧ?
- употреблял ли пациент наркотики внутривенно, и если ответ положительный, уточнить:
  - были ли шприцы одноразовыми, стерильными?
  - практиковалась ли покупка готового раствора наркотика?
  - были ли случаи набора наркотика в шприц из общей посуды?
  - использовались ли когда-либо шприцы и иглы совместно с другими людьми?

- переливали ли пациенту донорскую кровь или продукты крови, пересаживали ли ему донорские органы, когда это происходило?
- подвергался ли проникающим процедурам, при которых

стерильность могла быть нарушена (пирсинг, татуировки, эндоскопические процедуры) и когда?
Резюмируйте полученную информацию, НЕ давая оценок поведению пациента с морально-нравственной позиции, то есть важно избегать формулировок «неправильно», «не разумно», «беспечно», «безответственно» и др.

Например, подводя итог беседе, врач может сказать следующее: «Таким образом, в Вашей жизни имели место следующие ситуации: несколько раз при сексуальных контактах не использовались презервативы, один из этих сексуальных контактов происходил в анальной форме, про состояние здоровья сексуального партнера нет достоверной информации, однажды имело место употребление наркотического вещества одним шприцем, все эти ситуации произошли более 2 месяцев назад. Во всех этих ситуациях существует возможность заражения, если сексуальный партнер или человек, совместно с которым вводился наркотик инфицированы».

Информировать пациента о периоде «окна» и процедуре тестирования.

Консультант рассказывает, в чём заключается суть планируемого теста, используя термины, понятные человеку с НЕмедицинским образованием.

Например, объясните, что тест определяет антитела - это вещества, которые вырабатываются в ответ на проникновение вируса в организм и вырабатываются они постепенно, так что между заражением и возможностью определить эти вещества в крови проходит в среднем от 3 до 6 месяцев (период «окна»). В течение этого периода человек уже заражен и заразен, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются.

Поясните, что обнаружение антител к ВИЧ является доказательством ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить ни о сроках, ни об источниках заражения, ни о других, связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях, ни в настоящем, ни в будущем. Обьясните, что результат теста может быть неопределённым и что это значит (антител ещё слишком мало, либо у человека есть какое-либо заболевание, дающее такую реакцию крови).

Желательно рассказать и о процедуре тестирования: пояснить, что на анализ забирается кровь из вены.

Обсудить возможность и последствия положительного, отрицательного и неопределенного результатов тестирования.

Обсуждение возможных результатов тестирования.
Консультант должен убедиться в том, что обратившийся понимает, что означает положительный, отрицательный и неопределенный результат. Лучше пояснить значение каждого результата:

- **Отрицательный результат** теста означает, что тест-система не обнаружила антител к ВИЧ, потому что их нет или потому, что человек находится в «периоде окна» и антитела ещё не наработались. То есть, если рискованная ситуация произошла менее 3 месяцев назад, то нужно будет повторить анализ позже, чтобы получить достоверный результат. Результат можно считать достоверным, если за эти 3 месяца других опасных ситуаций не возникало.
- **Неопределенный результат** теста бывает достаточно редко. Такой результат означает, что выводы о наличии либо отсутствии антител в данный момент сделать нельзя, поэтому на практике неопределенный результат означает необходимость повторной сдачи теста.
- **Положительный результат** теста означает, что антитела к ВИЧ обнаружены, то есть человек инфицирован. Это НЕ означает, что самочувствие человека начнет резко ухудшаться. В большинстве случаев в течение 10 - 15 и

более лет человек с ВИЧ-инфекцией чувствует себя вполне нормально и живет своей обычной жизнью. Но, конечно, придется регулярно посещать врача - инфекциониста, периодически делать анализы и в какой-то момент начать принимать таблетки, которые остановят развитие болезни. И соблюдать достаточно простые правила, чтобы не ставить в опасность заражения других людей.

Оценка возможных последствий тестирования.
Необходимо обьяснить пациенту, когда и как он сможет узнать результат теста. Уточните, что при получении результатов теста пациент сможет задать вопросы и получить консультацию.
Предложите пациенту задать вопросы, которые его интересуют в настоящий момент. Обьясните, какими будут ваши действия в случае положительного результата.

Убедиться в информированности пациента об использовании презервативов. Сюда относится практическая демонстрация для обоих полов, если это необходимо.

В процессе беседы может выясниться, что пациент считает себя достаточно защищённым, хотя

- использует для генитальных контактов более тонкие ароматизированные презервативы, предназначенные для орально - генитальных контактов,
- использует обычные презервативы для анальных контактов,
- неправильно надевает презерватив, и поэтому часто происходят разрывы,
- приобретает презервативы не в аптечной сети,
- допускает соприкосновение половых органов, что влечёт за собой попадание выделений на слизистые оболочки полового партнёра до надевания презерватива,
- не использует латексных салфеток или презервативов при сексуальных контактах.

Если в ходе консультации появляются сомнения, что пациент умеет правильно использовать презервативы, то необходимо дать ему(ей) необходимую информацию и устроить практическую демонстрацию.

Если это требуется, обсудите необходимость обращения в иные службы, например в службу оказания психологической или социальной поддержки, в учреждения по лечению наркотической зависимости, в пункты обмена шприцев и другие.

Достаточно узкие временные рамки дотестового консультирования могут не позволить подробно обсудить проблемы пациента, как связанные, так и несвязанные с риском ВИЧ-инфицирования, либо помощь в решении этих проблем может выходить за границы компетентности врача-консультанта. В таких случаях важно дать пациенту информацию о существующем сервисе: номера телефона Доверия и Информационной телефонной службы по ВИЧ/СПИД, наркомании, ИППП; адреса служб психологической помощи или наркологической помощи, социальных служб, общественных организаций, оказывающих пациенту необходимую помощь.

Это имеет особое значение, если в ходе консультации складывается впечатление, что у пациента имеются психологические проблемы или могут возникнуть сильные переживания в период ожидания результатов теста.

Основываясь на Вашем знании пациента, постарайтесь сформулировать реалистический, ориентирующийся конкретно на него, подход к изменению поведения на более безопасное.

Если консультант подчеркивает выгоду для пациента от изменения существующего поведения, то усвоение информации будет значительно эффективнее. В каждом случае, когда врач имеет цель изменить поведение пациента, он должен показать, чем именно пациенту это выгодно и подкрепить соответствующей поддерживающей информацией. К примеру, обсуждая вопросы использования презервативов с целью профилактики передачи ВИЧ половым путем, можно сказать: «Когда вы правильно используете презерватив **(цель),** вы значительно снижаете риск заразиться ВИЧ **(выгода).** Многочисленные исследования показали, что при правильном использовании презервативы предотвращают передачу ВИЧ» **(поддерживающая информация).** Другой вариант: «Если вы будете пользоваться презервативом (цель), вы будете меньше волноваться **(выгода)** в отношении заражения ВИЧ». Слова консультанта будут услышаны, если выгода «соответствует» заботам и стилю жизни конкретного человека. К примеру, для работницы коммерческого секса выгода может заключаться в изменении самовосприятия. «Когда вы используете презерватив **(цель),** вы контролируете половой акт, **защищаете свое здоровье и саму жизнь (выгода)**». Поддерживающая информация при разных формах выгоды может оставаться однотипной.

Если основной риск инфицирования ВИЧ связан с употреблением наркотиков, то попытки сразу убедить пациента отказаться от наркотизации вряд ли дадут эффект по многим причинам, например из-за дефицита времени. Более результативной может быть демонстрация возможностей снижения

риска инфицирования ВИЧ при продолжающейся наркотизации: «Если Вы будете всегда только индивидуально использовать стерильный одноразовый шприц **(цель)**, вы не только снизите риск инфицирования ВИЧ и гепатитами, но и уменьшите вероятность воспаления вен» **(выгода)**.

Получить информированное согласие.

В некоторых учреждениях существует практика получения согласия в письменном виде.

В результате дотестового консультирования человек получает информацию:

- о ВИЧ-инфекции,
- о тесте на антитела к ВИЧ,
- получает обьективную оценку наличия в его жизни риска заразиться ВИЧ-инфекцией,
- о мерах профилактики ВИЧ-инфекции, возможных последствиях тестирования,
- обдумывает возможности для изменения своего поведения, рискованного в отношении ВИЧ-инфекции.

И принимает решение либо отказаться от тестирования, либо пройти обследование на антитела к ВИЧ.

Важно, чтобы пациент, самостоятельно и добровольно, безо всякого принуждения принимал решение обследоваться на ВИЧ, понимал, как будет происходить тестирование и каковы его возможные последствия. Пациент должен выразить свое согласие в ясной форме (например, в виде собственноручной записи о согласии в медицинской документации).

Если человек решает пройти тестирование, консультант назначает дату и время сообщения результатов тестирования. Лучше, если это будет день в начале или середине недели, т.к. у пациента может возникнуть необходимость на следующий день, после осмысления результатов, получить дополнительную консультацию у врача, особенно если результат окажется положительным,

а в случае, если эти дни окажутся выходными или праздничными, он останется без психологической поддержки.

Процедура информирования пациента о результате тестирования должна быть четкой. Постарайтесь не сообщать о результате теста в период, когда трудно будет оказать немедленную поддержку, например, непосредственно перед выходными или национальными праздниками. Это особенно важно, если результаты тестирования могут быть сообщены сразу (например, если мед. учреждение использует экспресс-тесты).

В дополнение к консультации пациенту желательно выдать печатный материал, содержащий информацию о ВИЧ-инфекции и тестировании.

Находясь в состоянии стресса, пациент может не запомнить всей информации, полученной от консультанта. Имея в распоряжении печатный материал, пациент сможет ещё раз ознакомиться с информацией в спокойной обстановке. Чтение буклета «оживит» в памяти слова врача, то есть закрепит профилактический эффект консультации.

При тестировании может быть получен отрицательный, неопределенный или положительный результат. Рассмотрим возможные варианты послетестового консультирования.

Что делает консультант при послетестовом консультировании?

Несомненно, что большинство ВИЧ-тестов окажутся отрицательными. Однако консультация, во время которой клиенту сообщают результат тестирования, должна быть плодотворным моментом для акцентирования определенных аспектов дотестовой консультации. Консультация после тестирования должна предлагаться всем пациентам вне зависимости от результата тестирования.

Послетестовое консультирование - это процесс, который начинается с объявления результата теста и может продолжаться еще несколько сессий, чтобы дать ВИЧ-положительному пациенту возможность принять свой диагноз и начать планировать свою жизнь в новой реальности. В первую очередь это относится к клиентам с положительным результатом теста, но касается также и тех, чей результат теста отрицателен.

Основные моменты консультации при отрицательном результате теста:

1. У человека с низким риском инфицирования ВИЧ.

- **Подтвердить конфиденциальность беседы.** Это может быть особенно важно, если послетестовое консультирование проводит другой консультант. Желательно организовать процесс консультирования таким образом, чтобы одного пациента до и после теста консультировал один специалист.
- **Обсудить специфику инкубационного периода и необходимость повторения тестирования, если человек практиковал рискованное поведение в течение последних трех месяцев.**

  Напомните основную информацию, предоставленную до тестирования. Можно попросить пациента самостоятельно вспомнить услышанное. А также

задавать наводящие вопросы.

Например: "При прошлой нашей встрече мы обсуждали, что у ВИЧ-инфекции есть "период окна", наверное, вы помните его продолжительность?"
Обсудите с пациентом насколько нужен, либо излишен повторный анализ. Если существует вероятность, что тест был сдан в период окна, то желательно обсудить сроки повторного тестирования.

- **Продолжить и даже более настойчиво убеждать пациента изменить модель поведения, т.е. отказаться от рискованного сексуального поведения и переходить к практике защищенного секса.**
  Обсудите с пациентом, как именно изменить своё поведение, чтобы риск заражения был минимальным. Если на фоне безопасного поведения возникают единичные "рискованные эпизоды", важно найти подходящие этому человеку способы предотвращения таких ситуаций. Для этого можно выяснить обстоятельства, в которых возникает риск инфицирования, обратить внимание на "маячки" - предвестники опасного поведения. И выработать приемлемый вариант предотвращения нежелательного поведения.

Например: Женатый мужчина 35 лет. Один - два раза в год бывает в командировках. В последней командировке в состоянии опьянения произошел сексуальный контакт без презерватива с соседкой по гостиничному номеру. Риск частично осознавался, но не хотелось идти в аптеку. В данном случае, опьянение - предвестник незашишенного секса. Возможные меры профилактики "рискованных эпизодов": покупка презервативов ещё до отъезда в командировку и хранение их "под рукой" или отказ от употребления алкоголя в командировках.

- **Использовать возможность послетестовой консультации для направления нуждающихся людей, в другие службы (Телефон Доверия, центры психологической помощи, кризисные центры для женщин или для мужчин, специализированные медицинские учреждения).** Предоставление информации о существующем сервисе может оказать значительное положительное влияние на решение проблем пациента. В частности, когда уровень тревоги не соответствует ситуации, либо пациент нуждается в помощи, которую консультант не может ему оказать. Если информация о сервисе уже была дана при дотестовом консультировании, лучше повторить её ещё раз и в письменном виде. Например, выдать пациенту визитки с телефонами и адресами соответствующих служб.

2. У пациента с высоким риском инфицирования ВИЧ.

Подтвердить конфиденциальность беседы. Это может быть особенно важно, если послетестовое консультирование проводит другой консультант. Желательно организовать процесс консультирования таким образом, чтобы одного пациента до и после теста консультировал один специалист.

- **Обсудить специфику инкубационного периода и необходимость повторения тестирования, если человек практиковал рискованное поведение в течение последних трех месяцев.**
  - Разделите с пациентом положительные эмоции в связи с отрицательным результатом теста;
  - Напомните пациенту о существовании периода "окна" и рекомендуйте повторное тестирование через 3-6 месяцев;
  - Поясните, почему повторное тестирование может быть целесообразным;
  - Напомните, что объективный результат теста может быть получен только в том случае, если в период между последним эпизодом, когда заражение

могло произойти и процедурой тестирование практиковалось безопасное поведение;

- **Продолжить и даже более настойчиво убеждать пациента изменить модель поведения, т.е. отказаться от рискованного сексуального поведения и переходить к практике защищенного секса (либо отказаться от приема наркотиков или перейти на менее опасные практики их употребления).**

Важно ещё раз подчеркнуть мысль, что возможность предотвратить заражение ВИЧ-инфекцией зависит от самого клиента.

Напомните основную информацию, предоставленную до тестирования. Можно попросить пациента пересказать услышанное. А также задавать наводящие вопросы, в частности, о путях передачи ВИЧ и способах предохранения от заражения.

Ещё раз обсудите **приемлемые для этого пациента способы снижения риска инфицирования.** Это особенно важно, если при дотестовом консультировании, пациент был не готов активно обсуждать возможность изменения поведения:

- Напомните о правилах безопасного поведения при сексуальных контактах и/или иньекционном употреблении наркотиков (в зависимости от нужд и рисков данного пациента).
- Возобновите обсуждение плана снижения персонального риска инфицирования:
  Каковы конкретные шаги/действия по изменению поведения, с чего пациент намерен начать и когда; какие обстоятельства могут помочь или помешать изменениям? Оцените реалистичность обсуждаемого плана.
- Способствуйте закреплению навыков безопасного поведения:
  а) обсудите приемлемые для этого

человека варианты разговора с сексуальным партнером (партнерами) о защищенном сексе;

б) предоставьте информацию о правильном использовании презервативов (включая практическую демонстрацию, если это необходимо);

в) при иньекционном употреблении наркотиков - конкретно и детально обсудите способы снижения вреда от употребления наркотиков (включая стерилизацию инструментов на дому и безопасное приготовление раствора, если это необходимо);

г) при иньекционном употреблении наркотиков - стимулировать к отказу от употребления наркотиков в приемлемой для данного человека степени.

Например: молодой человек употребляет героин 2-3 раза в неделю, при этом не считает себя "наркоманом", отрицает наличие симптомов зависимости, и не считает нужным что-либо менять в своем поведении. Если в этом случае консультанту удалось заронить у пациента сомнения в собственной правоте и "запустить" процесс размышлений - это успех в "стимулировании к отказу от употребления наркотиков в приемлемой для данного человека степени". Это означает, что пациент сделал первый шаг к признанию наличия проблемы, потому что нельзя решить проблему, не признав, что она существует.

- **Использовать возможности послетестовой консультации для направления людей, поведение которых относится к категории высокорискованного, в другие службы, в том числе учреждения по профилактике ВИЧ-инфекции.** К категории высокорискованного поведения в данном случае будет относиться: иньекционное введение наркотиков, незащищенный

(без презерватива) анальный секс для принимающего партнера, использование или оказание незащищенных коммерческих сексуслуг. Если на предыдущем этапе консультант не имел возможности качественно обсудить способы изменения рискованного поведения на более безопасное, то важно направить пациента в специализированные службы, где он получит необходимую консультацию.

- **Резюмировать основные моменты консультации:** "Сегодня мы с вами говорили о …….. Вы согласились, что ……", уточняя при этом правильность понимания пациентом основной информации.
  Предложить следующую встречу и уточните её дату и время, если это необходимо.

Основные моменты консультации при неопределенном результате теста:

1. Для пациента с низким риском инфицирования ВИЧ.

- **Подтвердить конфиденциальность беседы.** Важно организовать процесс консультирования таким образом, чтобы одного пациента до и после теста консультировал один специалист.
- **Обсудить возможные причины неопределенного результата.**
  Обьясните, что означает неопределенный результат, и при каких обстоятельствах он бывает:
  Существует вероятность получения неопределенного результата в случае тестирования крови на АТ к ВИЧ методом иммунного блотинга (ИБ). Причиной такого результата теста могут быть как ошибки при постановке теста, так и наличие различных других острых и хронических заболеваний, а также начало сероконверсии. Сероконверсия - это этап развития ВИЧ-инфекции, когда в крови инфицированного ВИЧ человека начинают образовываться антитела. В этот

период тест может давать неопределенный результат.

- **Объяснить, какие действия Вы предпримете для того, чтобы выяснить, какими причинами этот результат обусловлен.**
  Нужно объяснить пациенту, что Вы хотите направить его в центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Это делается для того, чтобы врачи-специалисты по ВИЧ-инфекции разобрались, почему тест дал неопределенный результат. Можно уточнить, что такова существующая тактика при неопределенных результатах теста.
- **Обсудить необходимость повторного обследование на ВИЧ через 3 месяца.**
  Напомните пациенту информацию о "периоде окна" и его значении для тестирования. Ещё раз поясните значение понятия "сероконверсия" (по возможности избегая использования научных терминов). Мотивируйте пациента пройти повторный тест, опираясь на значимые для него моменты (например: забота о партнере, прекращение тревожного ожидания, информированность о своем здоровье и другие).
- **Вернуться к вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.**
  Напомните, что до выяснения своего ВИЧ-статуса, пациенту нужно предпринимать все меры предосторожности, не допуская контактов других людей со своей кровью, спермой или вагинальной жидкостью.
- **Обсудить индивидуальный план безопасного поведения и снижения риска заражения в период ожидания результатов повторного теста.**
  Обсудите с пациентом, как ему построить своё поведение так, чтобы минимизировать риск инфицирования. Если на фоне безопасного поведения возникают единичные "рискованные эпизоды", важно найти подходящие этому человеку способы предотвращения таких ситуаций. Для этого можно выяснить обстоятельства, в которых возникает риск инфицирования, и обратить внимание на "маячки" - **предвестники опасного поведения.** И выработать приемлемый вариант предотвращения

нежелательного поведения.

Способствуйте **закреплению навыков безопасного поведения:**

а) обсудите приемлемые для этого человека варианты разговора с сексуальным партнером (партнерами) о защищенном сексе;

б) предоставьте информацию о правильном использовании презервативов (включая практическую демонстрацию, если это необходимо);

Возобновите **обсуждение плана снижения персонального риска инфицирования,** каковы конкретные шаги/действия по изменению поведения, с чего пациент намерен начать и когда, какие обстоятельства могут помочь или помешать изменениям? Оцените реалистичность обсуждаемого плана.

- **Окажите эмоциональную поддержку.** Не запугивайте и не успокаивайте излишне пациента, опирайтесь на рациональные доводы, сохраняйте объективность.

  Во многих случаях пациент будет нуждаться в вашей поддержке, если он может отреагировать паникой, депрессией или другой эмоциональной реакцией на полученный результат.

"Сейчас Вы волнуетесь, переживаете - это естественная реакция. Однако любой человек может выбирать, как относится к ситуации и какие чувства испытывать. Может быть, стоит попробовать выбрать другие чувства?
Например, деятельное спокойствие вместо тревоги и апатии".

Не стоит в целях успокоения пациента говорить, что "этот результат ещё ничего не значит, скорее всего, вы здоровы". Ведь в действительности врачу не известно, каков будет результат повторного теста. Если человек полностью успокоится, то, вряд ли он станет прилагать

усилия для изменения поведения на более безопасное. В данном случае, это может быть опасно для окружающих (если идет период сероконверсии) или пациент не придёт на повторное обследование.
Важно напомнить пациенту, что он может обращаться к Вам, если будут возникать вопросы или эмоциональные проблемы.

- **Использовать возможность послетестовой консультации для направления нуждающихся людей, в другие службы (Телефон Доверия, центры психологической помощи, кризисные центры для женщин или для мужчин, специализированные медицинские учреждения).** Предоставление информации о существующем сервисе может оказать значительное положительное влияние на решение проблем пациента. В частности, когда уровень тревоги не соответствует ситуации, либо пациент нуждается в помощи, которую консультант не может ему оказать. Если информация о сервисе уже была дана при дотестовом консультировании, лучше повторить её ещё раз и в письменном виде. Например, выдать визитки с телефонами и адресами соответствующих служб.
- **Ответьте на возникшие вопросы и уточнения. Напомнить, что пациент, в случае возникновения вопросов, всегда может обратиться в данную службу.**

2. С пациентом с высоким риском инфицирования ВИЧ.

- **Подтвердить конфиденциальность беседы.** Важно организовать процесс консультирования таким образом, чтобы одного пациента до и после теста консультировал один специалист.
- **Обсудить возможные причины неопределенного результата.** Обьясните, что означает неопределенный результат, и при каких обстоятельствах он бывает:
Существует вероятность получения неопределенного результата в случае тестирования крови на АТ к ВИЧ методом иммунного блотинга (ИБ). Причиной такого результата теста могут быть как ошибки при

постановке теста, так и наличие различных других острых и хронических заболеваний, а также начало сероконверсии. **Сероконверсия** - это этап развития ВИЧ-инфекции, когда в крови инфицированного ВИЧ человека после периода "окна" начинают образовываться антитела. В этот период тест может давать неопределенный результат.

- **Объяснить, какие действия вы предпримете для того, чтобы выяснить, какими причинами этот результат обусловлен;**
  Нужно объяснить пациенту, что Вы хотите направить его в центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Это делается, для того чтобы врачи - специалисты по ВИЧ-инфекции разобрались, почему тест дал неопределенный результат.
- **Обсудить необходимость повторного обследование на ВИЧ через две недели.**
  Напомнить пациенту информацию о "периоде окна" и его значении для тестирования. Ещё раз поясните значение понятия "сероконверсия" (по возможности избегая использования научных терминов). Мотивируйте пациента пройти повторный тест, опираясь на значимые для него моменты (например: забота о партнере, прекращение тревожного ожидания, информированность о своем здоровье и другие).
- **Обсудить возможность наличия у пациента острой ВИЧ-инфекции и предложить повторить тестирование с использованием ПЦР на выявление РНК ВИЧ (или теста на ВИЧ-антиген) для ускоренной диагностики ВИЧ-инфекции, в особенности для беременных женщин, которым ранее тестирование не проводилось:** "Во время нашей прошлой беседы Вы рассказали о нескольких ситуациях, в которых могло произойти заражение ВИЧ. А результат теста не позволяет определить - есть вирус в организме или нет. Желательно как можно скорее точно решить этот

вопрос, используя другой метод исследования, который обнаруживает сам вирус……"

- **Обсудить способы защищенного сексуального поведения и безопасного употребления наркотиков с точки зрения предотвращения заражения ВИЧ, пока не будет получено определенного результата тестирования.**
  Напомните, что до выяснения своего ВИЧ-статуса, пациенту необходимо соблюдать все меры предосторожности, не допуская контактов других людей со своей кровью, спермой или вагинальной жидкостью.
- **Обсудить индивидуальный план безопасного поведения и снижения риска заражения в период ожидания результатов повторного теста.**
  Продолжить и даже более настойчиво убеждать пациента изменить модель поведения, т.е. отказаться от рискованного сексуального поведения и переходить к практике безопасного секса (либо отказаться от приема наркотиков или перейти на менее опасные практики).
  Ещё раз обсудите **приемлемые для этого пациента способы снижения риска инфицирования.** Это особенно важно, если при дотестовом консультировании пациент был не готов активно обсуждать возможность изменения поведения:
  - Напомните о правилах безопасного поведения при сексуальных контактах и/или иньекционного употреблении наркотиков (в зависимости от нужд и рисков данного пациента).
  - Возобновите обсуждение плана снижения персонального риска инфицирования, каковы конкретные шаги/действия по изменению поведения, с чего пациент намерен начать и когда, какие обстоятельства могут помочь или помешать изменениям? Оцените реалистичность обсуждаемого плана.
  - Способствуйте **закреплению навыков безопасного поведения:**

а) обсудите приемлемые для этого человека варианты разговора с сексуальным партнером (партнерами) о безопасном сексе;

б) предоставьте информацию о правильном использовании презервативов (включая практическую демонстрацию, если это необходимо);

в) при иньекционном употреблении наркотиков - конкретно и детально обсудите способы снижения вреда от употребления наркотиков (включая стерилизацию инструментов на дому и безопасное приготовление раствора, если это необходимо). Подчеркните недопустимость передачи своего инструмента другим людям.

г)при иньекционном употреблении наркотиков - стимулировать к отказу от употребления наркотиков в приемлемой для данного человека степени. В ходе одной консультации маловероятно добиться значительного прогресса в готовности человека изменить свое поведение. Тем не менее, любой даже небольшой шаг к изменениям важен.

Окажите эмоциональную поддержку. Период неуверенности, следующий за получением противоречивого или неопределенного результата теста, может длиться до трех месяцев или даже больше. Чувство неопределенности, связанное с этим периодом, может привести к серьезным психологическим трудностям. Пациент может отреагировать тревогой, паникой, депрессией или другой эмоциональной реакцией на полученный результат.

Задача консультанта - помочь клиенту справиться с ними. Не запугивайте и не успокаивайте излишне пациента, сохраняйте объективность. **Категорически противопоказано говорить, что "этот результат**

ещё ничего не значит, скорее всего, вы здоровы". Ведь в действительности врачу неизвестно, каков будет результат повторного теста, и в данном случае вероятность получения положительного результата при повторном тестировании достаточно велика.

Если человек полностью успокоится, то вряд ли он станет прилагать усилия для изменения поведения на более безопасное. В данном случае, это может быть опасно для окружающих (если идет период сероконверсии) или пациент не придёт на повторное обследование.

Кроме того, эмоциональный кризис при получении положительного результата может быть гораздо сильнее после столь обнадеживающих обещаний.

Важным моментом в оказании психологической помощи является **определение источников поддержки для клиента.** Можно уточнить, как пациент обычно поступает чтобы справиться с плохим настроением? Есть ли человек с которым он ранее обсуждал сложные ситуации в своей жизни, и после этого разговора стало легче? А как еще можно справляться с плохим настроением? Знает ли пациент людей, которые хорошо умеют регулировать свое психологическое состояние, как они это делают?

Важно напомнить пациенту, что он может обращаться к Вам, если будут возникать вопросы или эмоциональные проблемы.

- **Использовать возможность послетестовой консультации для направления нуждающихся людей, в другие службы (Телефон Доверия, центры психологической помощи, кризисные центры для женщин или для мужчин, специализированные медицинские учреждения).** Предоставление информации о существующем сервисе может оказать значительное положительное влияние на решение проблем пациента. В частности, когда уровень тревоги не соответствует ситуации, либо пациент нуждается в помощи, которую консультант не может ему оказать. Если информация о сервисе уже была дана при до- тестовом консультировании, лучше повторить её ещё

раз и в письменном виде.

Например, выдать визитки с телефонами и адресами соответствующих служб.

- **Предоставьте информацию о службах, куда можно обратиться за информацией, помощью и поддержкой.** Лучше дать эту информацию в письменном виде.
- **Ответьте на возникшие вопросы и уточнения. Напомнить, что пациент, в случае возникновения вопросов, всегда может обратиться в данную службу.**
- **Резюмировать основные моменты консультации.** "Сегодня мы с вами говорили о …….. Вы согласились, что ……", уточняя при этом правильность понимания пациентом основной информации.
- **Предложить следующую встречу и уточните её дату и время, если это необходимо.**

Основные моменты консультации при положительном результате теста

Сообщение положительного результата тестирования чрезвычайно сложный и ответственный момент в консультировании, потому что влечет за собой изменения в жизни, как для самого пациента, так и для его близких.

Желательно, чтобы о положительном результате теста пациенту сообщил консультант или врач, который проводил консультацию до теста.

Когда человеку впервые сообщают о положительном результате тестирования на ВИЧ, он испытывает значительный стресс, и это связанно с тем, что пациент сталкивается с необходимостью адаптации к возможному сокращению срока жизни, к реакции других людей на факт наличия такого "порочащего, страшного" заболевания, а также с проблемой разработки и усвоения стратегий поддержания своего физического и эмоционального здоровья.

Соответствующая психологическая поддержка пациенту должна быть обеспечена сразу после сообщения о положительном результате теста на ВИЧ. Но может потребоваться направление пациента в другие учреждения, занимающиеся поведенческими, психосоциальными и медицинскими аспектами ВИЧ-инфекции (и на этот случай у врача должна быть наиболее полная и свежая информация о сервисе для ЛЖВС, который существует в его городе и области).

Основные моменты, которые должны быть отражены при сообщении положительного результата:

- **Подтвердите гарантии конфиденциальности.**
  При положительном результате теста конфиденциальность приобретает особенное значение. Если до- и послетестовое консультирование будет проводить один консультант, то консультирование будет эффективным за счет трех компонентов:
  - большей уверенности пациента в конфиденциальности,
  - более легкого установления контакта между врачом и пациентом,
  - большего доверия к уже знакомому специалисту.
- **Напомните пациенту о содержании консультирования до теста.**
  Это можно сделать следующим образом: "Во время нашей прошлой встречи мы говорили о том, что тест, который ВЫ сдали, выявляет антитела к вирусу иммунодефицита человека…"
- **Скажите пациенту прямо, что его результат теста на антитела к ВИЧ оказался положительным. Подождите его реакции. Будьте готовы оказать поддержку.**
  На основании первой встречи, консультант сможет выбрать наиболее подходящий способ сообщения этого известия данному клиенту и затронуть наиболее актуальные темы.
  Сообщая пациенту это психотравмирующее известие, врачу лучше находиться в спокойной, расслабленной

позе: ноги не скрещены, руки ничего не теребят, а спокойно лежат на столе. Не следует затягивать ситуацию: нужно сообщить неприятное известие как можно более ясно и кратко, спокойным голосом, глядя в глаза пациенту.

Например: "Ваш тест дал положительный результат, это означает, что у Вас в организме есть ВИЧ…"

Пока Вы будете говорить, наблюдайте за реакцией пациента. **Ему нужно дать время, чтобы воспринять это известие (сделайте паузу).** Вы должны быть готовы, что реакция пациента на это известие может быть различной:

- он может войти в состояние шока, ступора;
- стать агрессивным и озлобленным;
- начать плакать;
- у пациента может начаться истерика;
- может замкнуться в себе, молчать;
- отрицать и говорить, что с ним этого не могло произойти.

Учитывайте то, что сильная эмоциональная реакция у пациента может наступить только когда он вернется домой, а состояние шока и отрицания может длиться несколько дней.

Будьте готовы и к негативной реакции на вас, как на человека, сообщившего плохую весть.

Помните, что какой бы ни была реакция пациента на сообщение о положительном результате теста - это закономерная реакция для него. Действия консультанта не могут предотвратить эту реакцию, но могут повлиять на то, как будет протекать период адаптации, вероятность дальнейших обращений за помощью.

Иногда у врача может возникнуть желание использовать специальные способы, чтобы избежать выраженных эмоциональных реакций пациента. Однако такие действия чаще усиливают уже существующие неуверенность и страх. Лучше, если

пациент сразу выразит сильную реакцию в кабинете врача, где ему будет оказана эмоциональная поддержка, которая может облегчить процесс принятия диагноза.

Ошибочные подходы при сообщении положительного результата:

- **"Дискуссия":** "Давайте поговорим о вашей ситуации…"
- **"Угадывание":** "Возможно, Вы предполагаете, что я хочу Вам сказать?.."
- **"Извинение":** "Прошу прощения, но к сожалению…"
- **"Смягчение ситуации":** "В целом все не плохо, но есть один момент…"
- **"Расплывчатые формулировки":** "Обстоятельства оказались не совсем такими, как мы планировали…"

Сообщение горьких новостей - это тяжелая нагрузка для врача, которая вызывает массу негативных чувств:

- сопереживание и понимание чувств, которые возникают у пациента,
- тревога по поводу реакции пациента на эту информацию,
- ответственность за эффективность психологической помощи, которую придется оказывать,
- нежелание быть "горестным вестником" и "краеугольным камнем", судьба пациента измениться.

Однако, для того, чтобы консультирование было эффективным врачу очень важно преодолеть свое нежелание и, возможно, неготовность обсуждать с пациентом его чувства. Безусловно, обсуждение с пациентом его негативных чувств и переживаний - это сложный и изматывающий процесс, но после его завершения у консультанта остается ни с чем несравнимое чувство от реальной помощи, оказанной другому человеку.

Очень важно не сообщать положительный результат теста перед выходными или праздниками: пациент

должен иметь возможность вернуться к Вам в этот же день или прийти на следующий день.
После периода предварительной адаптации клиенту нужно дать четкое обьяснение значения результата теста.

- **Организуйте повторный тест для подтверждения результата.**
  После сообщения результата обследования, обязательно скажите пациенту, что вы не выставляете ему прямо сейчас диагноз, и обьясняете, что диагноз ВИЧ-инфекция и стадия заболевания будут окончательно определены в центре профилактики и борьбы со СПИД врачом-инфекционистом. Очень важно мотивировать пациента к посещению СПИД - центра.
  Обьясняете **разницу между ВИЧ-серопозитивностью и СПИДом.** Сделать это принципиально важно, так как это может быть первым шагом к принятию диагноза.

Например: "Как мы говорили на нашей прошлой встрече, наличие вируса иммунодефицита в организме и СПИД - это разные веши. ВИЧ-инфекция - это длительно протекающая инфекция, до начала заболевания и развития плохого самочувствия обычно проходит много лет. В течение этих лет ВИЧ-позитивный человек чувствует себя хорошо, работает и сохраняет свой обычный образ жизни. СПИД - это последняя стадия ВИЧ-инфекции, когда иммунная система уже сильно повреждена вирусом и не может выполнять своих функций. В это время самочувствие человека уже нарушено".

- **Убедитесь, что пациент понял значение положительного результата тестирования.**
  Этот этап важен прежде всего в тех случаях, когда пациент категорически не принимает результат теста, обвиняет врача и лабораторию в ошибке, агрессивен. Отрицание - это сильная психологическая

защита, ограждающая психику от травмирующей информации. Вероятно, нецелесообразно сразу пытаться переубедить пациента. В таком случае особенно важно добиться его согласия посетить СПИД-центр.

Например, можно сказать: "Насколько я понял, Вы считаете, что произошла ошибка. Чтобы исключить сомнения и добиться ясности в этом важном вопросе, Вам необходимо обратиться в СПИД-центр, где врач-инфекционист назначит дополнительные обследования (другие анализы), которые позволят установить, есть ли у Вас ВИЧ-инфекция. Это важно, прежде всего, для Вас, чтобы точно знать, как на самом деле обстоят дела".

В этом случае целесообразно переходить к этапу **"Назначение следующей встречи"**, задать пациенту вопрос, что он планирует делать после того как покинет ваш кабинет, получить точный ответ, когда он посетит СПИД-центр. *В этом случае, следует проявить "особую заботу", а именно в присутствии пациента позвоните в СПИД-центр, объяснив ситуацию (не называйте имени, фамилии, если анализ был сдан анонимно), договоритесь со специалистом о приеме Вашего пациента. Такие действия увеличивают вероятность того, что пациент "не потеряется".* Переходите к этапу **"Как избежать передачи ВИЧ".**

- **Спросите, кого клиент хотел бы уведомить об этом сразу или позднее, например, партнера (ов), друзей, семью.**

  В этот момент, сразу после получения информации о положительном результате теста, пациент скорее всего скажет, что не собирается ни с кем говорить об этом. Для оценки его психологического состояния важно оценить, как именно будет дан ответ на этот вопрос и по каким причинам пациент не хочет ни с кем это обсуждать. Полученная информация будет основой для дальнейшей

работы по адаптации к диагнозу.

Особое внимание пациенту нужно уделить, если он говорит, что:

- "Не стоит начинать такой разговор, так как ему все равно скоро умирать" или "Не стоит огорчать близких раньше времени, вот умру, сами узнают".
- Если он скажет о положительном тесте на ВИЧ, то все перестанут иметь с ним дело, будут презирать и ненавидеть, выгонят из дома, партнер прекратит отношения и т.д.

Такие высказывания могут быть признаком суицидных намерений и требуют незамедлительной реакции со стороны врача.

Например, можно ещё раз сказать о том, что большинство людей с ВИЧ живут долгие годы и что, несмотря на статус, многие ЛЖВС живут полноценной жизнью, женятся, выходят замуж, рожают детей, получают образование, делают карьеру, заботятся о престарелых родителях - в общем, их жизнь не отличается от жизни неинфицированных людей.

И, безусловно, **только сам** пациент будет решать, кому, когда и как сообщать о результатах теста. Так же он может решить ни с кем не обсуждать эту тему.

- **Обсудите с ним, что делать дальше. Есть ли у пациента желание говорить об этом на данном этапе или нет? В любом случае стоит говорить об этом в этот раз.**

Нужно обсудить: что пациент собирается делать, когда выйдет из кабинета, завтра через месяц, через год, то есть построить линию времени. Вероятно, пациент будет не готов сразу дать ответы или не захочет говорить на эту тему, Вы можете почувствовать, что разговор зашел в тупик. Можно признать это в слух: "Мне кажется, наш разговор зашел в тупик. Я чувствую,

что Вам трудно ответить, это естественно. Скажите, что Вы планировали делать в ближайшие дни, до того, как узнали о результатах теста? …….. А в более отдаленном будущем? …….. Разве результат теста может как-то повлиять на эти планы? Или делает их незначимыми?" Очень важно показать пациенту, что ВИЧ-инфекция не является причиной отказа от жизненных планов и оказывает влияние лишь на некоторые обстоятельства жизни, то есть это не приговор.

Этот этап - один из сложных моментов консультирования, с психологической точки зрения он соответствует этапу принятия решений. Ответы пациента могут быть формальными, но это обсуждение сыграет свою роль в процессе принятия диагноза.

Назначьте новую консультацию в ближайшее время, например, на следующий день.

Учитывая, что пациент может не прийти на следующую встречу, целесообразно выдать ему информационный материал, содержащий основную информацию по темам, которые были затронуты, и по темам, которые не обсуждались на консультации.

Опыт показывает, что даже если пациент и ожидает положительного результата, он все равно испытывает сильный стресс. Сильные эмоции значительно затрудняют восприятие информации - это вторая причина для дублирования содержания консультации печатным материалом. Несмотря на то, что возможно пациент не придет на следующую консультацию, будет разумнее отложить дальнейшее информирование пациента до будущих консультаций.

Это относится к следующим моментам:

Сообщите о возможностях лечения. Обсудите роль антиретровирусных лекарств и подчеркните их возможность благоприятно влиять на изменение развития заболевания:

"В настоящее время существует группа препаратов,

прием которых позволяет людям, живущим с ВИЧ в течение многих лет сохранять хорошее самочувствие. Эти лекарства называются антиретровирусными препаратами, они не позволяют вирусу размножаться и останавливают развитие заболевания. Хотя человек остается инфицированным и должен соблюдать меры безопасности, чтобы не инфицировать других. На этом этапе нет необходимости излишне детализировать, чтобы не запутать пациента. Но желательно доступно ответить на вопросы, которые он будет задавать. Если есть возможность, можно выдать информационный печатный материал о лечении и приверженности к нему.

Оцените необходимость психологической поддержки или контакта с другими службами, например при наркотической зависимости, и, если это необходимо, направить пациента к ним.

В ходе беседы консультант может понять, что пациент нуждается

- в психотерапевтической помощи для принятия диагноза или решения других личных проблем;
- в специализированной наркологической помощи и возможно готов ее принять;
- в социальной помощи для решения жизненных проблем;
- в помощи в трудоустройстве;
- в юридической помощи;
- в поддержке группы взаимопомощи для ЛЖВС;
  других видах сервиса.

Во всех этих случаях важно, чтобы пациент получил информацию о существующем сервисе. Желательно, чтобы эта информация была предоставлена и в письменном виде (буклеты, брошюры, визитки и т.д.). В небольшом населенном пункте виды сервиса могут быть представлены очень ограниченно, либо может существовать опасность утраты конфиденциальности при обращении в эти службы либо стоимость сервиса

может делать его недоступным для пациента. Во всех этих случаях можно перенаправить пациента в ближайшую СПИД-сервисную общественную организацию и сообщить пациенту телефон Доверия (даже, если ему придется оплачивать междугородную телефонную связь).

- **Разъясните, как избежать передачи ВИЧ-инфекции другим лицам. Обсудите что такое защищенный секс, важность использования презервативов, необходимость использования индивидуального инъекционного оборудования (шприцев, игл и т.д.)**

Например: "У Вас выявлены антитела к ВИЧ. Это означает, что Вы можете передать ВИЧ другим людям. Помните, что в быту заразиться ВИЧ нельзя. Вы можете обниматься с другими людьми, пользоваться общей посудой и верхней одеждой, пользоваться общим туалетом, мыться в душе и т.д., не забывая соблюдать правила гигиены".

В этом месте беседы Вам нужно объяснить пациенту особенности его поведения в быту, эта информация подробно изложена в приложении "Основная информация о ВИЧ". Также стоит вернуться к обсуждению мифов о путях передачи, сделать акцент, что ВИЧ не передается через насекомых, в банях, бассейнах и т.д. Предоставить информацию о правильном использовании презервативов (включая практическую демонстрацию, если это необходимо), **подробнее см. в приложении 1.**

Если пациент употребляет иньекционные наркотики (употреблял раньше, сообщил о "нескольких случаях употребления, давно", употребляет тяжелые наркотики неиньекционным путем) желательно

- рассказать о принципах снижения вреда,
- напомнить, что наиболее высокий риск передачи ВИЧ возникает при совместном использовании иньекционного оборудования,
- сообщить о том, что "новые" инфекции, которыми

можно заразиться через общий инъекционный инструментарий, негативно повлияют на развитие ВИЧ-инфекции,

- объяснить, почему наркотики негативно влияют на иммунитет.

На этом этапе лучше выбрать информационный стиль подачи информации, а не убеждать пациента отказаться от наркотизации. Консультирование, направленное на отказ от наркотиков уместнее на более отдаленных этапах, после того, как пациент примет свой диагноз.

Не стоит пренебрегать этой информацией и сообщать ее в краткой форме, так как эта информация может сильно повлиять на качество жизни пациента.

- **Обсудите необходимость уведомления партнера о своем положительном ВИЧ-статусе.**

В нашей стране человек, инфицированный ВИЧ, несет уголовную ответственность за передачу ВИЧ своему партнеру. Желательно, дать конкретные обьяснения по поводу границ этой ответственности в практическом плане.

Нужно помочь пациенту подготовиться к разговору с партнером, обсудить как можно сообщить статус, возможные реакции партнера на эту информацию **(подробнее о раскрытии статуса в приложении).**

Завершение консультации. Попрощайтесь, напомните о времени следующей встречи. Желательно, чтобы у пациента осталось ощущение значимости для Вас его следующего визита.

Помните, что многое из того, о чем Вы говорили с пациентом, будет им забыто. Это происходит за счет срабатывания его психологических защит, но он обязательно **запомнит, как Вы с ним разговаривали.** В его сознании останется ощущение полученной поддержки, если Вы ее оказали. И, возможно, Вы станете для него единственным специалистом (а в ряде случаев и единственным человеком), к которому он будет обращаться в трудные минуты с беспокоящими его вопросами.

Каковы особенности консультирования женщин?

При дотестовом консультирование важно:

Обратить внимание (акцентировать) женщины на то, что она (в отличие от мужчины) является более уязвимой в отношении ВИЧ при сексуальном контакте.

Обьем семенной жидкости, попадающей во влагалище женщины при незащищенном половом контакте, в 24 раза больше, чем количество секрета, выделяемого женским организмом, а значит, и вирусных частиц женщина получает больше. В семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем во влагалищном секрете. Площадь поверхности, через которую может проникнуть вирус, у женщины больше, а гигиенические процедуры после полового акта ей провести труднее: сперма может оставаться во влагалище в течение нескольких дней и служить источником заражения.

Если сексуальный контакт происходит при сухих слизистых, то вероятность образования микротрещин значительно увеличивается. Это особенно важно в ситуациях насилия или принуждения к сексуальным отношениям.

- **Найдите приемлемые для данной женщины способы обсуждения с половым партнером необходимости использования презервативов, основываясь на ее опасениях.**

  Консультанту нужно понимать, что:

  - Сохранение отношений с партнером, обычно, является для женщины очень значимым моментом.
  - Не нужно давать оценок отношениям женщины с ее партнером (проявите уважение к сделанному этой женщиной выбору). Даже если при этом консультант может быть убежден, что это патологические

отношения, представляющие опасность для женщины (агрессивный партнер; партнер, злоупотребляющий алкоголем и/или наркотиками, или у женщины есть основания предполагать, что партнер постоянно или периодически изменяет ей, при этом категорически отказывается использовать презерватив и т.д.). Во всех этих случаях, нужно безоценочно проанализировать все последствия таких отношений для психологического и физического здоровья женщины и возможные пути решения имеющихся проблем либо направить женщину в соответствующие службы помощи.

- Важно проанализировать, почему женщина опасается обсуждать со своим партнером использование презерватива. Ниже приведены возможные причины:
  - страх разрыва отношений на фоне материальной зависимости от мужчины;
  - страх разрыва отношений и последующего одиночества;
  - боязнь того, что разговор вызовет агрессию;
  - обвинение в неверности либо возникновение предположений, что женщина сама чем-то инфицирована;
  - потеря доверия;
  - религиозные/культуральные взгляды, не позволяющие использовать презерватив.

Как бы для консультанта не выглядели опасения женщины, скорее всего, они обоснованы, потому что женщина (в силу различных обстоятельств) могла не все сообщить о своих отношениях. Поэтому важно, чтобы женщина (а не консультант!) сама нашла приемлемый и безопасный вариант построения разговора.

Настоящие изменения никогда не бывают быстрыми, даже разговор с отрицательным результатом - это

большое изменение.

- Стимулируйте женщину к размышлениям, как сделать жизнь более безопасной в плане инфицирования ВИЧ. Женщины больше, чем мужчины склонны обдумывать и обсуждать свои личные отношения. Поэтому могут быть эффективны предложения в будущем подумать над вопросами, на которые в данный момент не нашлось ответа.

Например: "Это действительно трудный вопрос. И может быть лучше не обсуждать его сейчас. Но, для меня важно, чтобы Вы ответили на него себе, а не мне".

Особенности консультирования по вопросам беременности.

В ходе до- и послетестового консультирования женщин на антитела к ВИЧ, всегда необходимо обсуждать вопросы контрацепции и желательность наступления беременности.

При дотестовом консультировании женщин с высоким риском заражения ВИЧ, которые говорят, что беременность для них нежелательна, необходимо обсуждать не только использование презервативов, но и гормональную контрацепцию. Желательно предоставить женщине информацию о современных препаратах (развеять негативные мифы). Если женщина применяет гормональную контрацепцию, то она самостоятельно контролирует репродуктивный процесс, даже в тех случаях, когда мужчина отказывается использовать презервативы, либо презерватив используется нерегулярно или неправильно (случаются разрывы и соскальзывание презерватива), либо имеют место насильственные действия. Использование гормональной контрацепции, конечно, не защитит женщину от ВИЧ-инфекции и ИППП, но позволит предотвратить развитие нежелательной беременности, а следовательно

- искусственное прерывание беременности, которое само по себе чревато развитием целого ряда побочных явлений, например, воспалительных процессов, на фоне которых вероятность заражения инфекционными заболеваниями повышается.

При послетестовом консультировании женщин с положительным результатом теста на антитела к ВИЧ важно предоставить женщине полную информацию о возможности рождения здорового ребенка - это необходимо делать даже в тех случаях, когда женщина говорит о нежелании иметь детей. Большое значение имеет стиль подачи информации и моральный подтекст, который скрывается за словами консультанта. Зачастую информация подается таким образом, чтобы у ВИЧ-позитивной женщины сложилось мнение о нежелательности рождения детей при наличии ВИЧ (например, за счет усугубления вероятности вертикальной трансмиссии либо за счет идей о невозможности "вырастить и поставить ребенка на ноги").

Например: "Спокойно обдумайте все, о чем мы говорили, не торопитесь, но и не затягивайте с решением, потому что если понадобится направление на прерывание беременности, то в Вашем распоряжении только 2 недели."

Никакие решения не следует навязывать, даже в тех случаях, когда женщина просит дать совет. Врач обязан предоставить женщине всю информацию, четко дать разъяснения относительно существующего риска и возможных перспектив. Информация должна включать и пошаговое описание мер по снижению риска вертикальной передачи. (Более подробно эта информация изложена в приложении 1).

Особую осторожность нужно соблюдать при консультировании беременных женщин, у которых была выявлена ВИЧ-инфекция. Учитывая возможное

волнение и растерянность женщины, врач должен быть готов еще раз обсудить ситуацию, повторить основную информацию. В ходе предоставления информации желателен "контроль понимания". Следует обратить внимание пациентки на то, что у многих инфицированных женщин беременность протекала без существенных осложнений, и дети, благодаря вовремя проведенной химиопрофилактике, рождались неинфицированными, а состояние здоровья самих женщин не ухудшалось.

Желательно подчеркнуть недопустимость скоропалительных решений. Необходимо обсудить состояние здоровья беременной женщины и связанные с ним возможные исходы беременности вне контекста ВИЧ-инфекции.

Не следует давать какие-либо "гарантии" прежде всего потому, что выполнить все гарантии невозможно и некорректно.

Особенности консультирование женщин с отрицательным статусом, партнеры которых ВИЧ-позитивные мужчины.

Консультанту может казаться очевидным, что здравомыслящий человек никогда не захочет заразиться ВИЧ. Но для женщины эта ситуация может выглядеть по-другому. Начиная (или продолжая) совместную жизнь с ВИЧ-инфицированным мужчиной, женщина может говорить о желании "разделить судьбу" с любимым человеком.

Важным моментом является показать различия между понятиями "разделить судьбу" и "разделить болезнь", потому что:

- Когда люди начинают жить вместе, они, так или иначе, разделяют судьбу друг друга.

- Сам факт инфицирования женщины не сделает отношения лучше и прочнее.
- Отношение партнера к женщине может измениться, если она окажется инфицированной.
- Если здоровье партнера ухудшится, забота о нем будет требовать много сил, поэтому важно сохранить свое здоровье, чтобы "разделить судьбу" любимого мужчины до конца. Разделение судьбы означает помощь, поддержку, заботу, что требует много сил, а не совместную болезнь.
- Сохранение отрицательного ВИЧ-статуса у женщины снимает многие проблемы при планировании беременности и рождении детей.
- Отношения могут закончиться, желание разделить судьбу может исчезнуть, но приобретенная по романтическим мотивам болезнь останется.

Следующие 2 аргумента нужно использовать с осторожностью, так как они являются оценочными:

- Вряд ли у любящего мужчины может возникнуть осознанное желание ухудшить здоровье любимой женщины.
- С другой стороны, заявление со стороны мужчины, о том, что только опасный секс будет являться доказательством "достаточной" степени любви и преданности - повод задуматься, на сколько этот человек взрослый и разумный.

Отдельного обсуждения могут потребовать психологические аспекты отношений в дискордантной паре.

"**Манипулирование болезнью**", то есть использование ВИЧ-позитивным человеком наличия заболевания для получения психологической выгоды:

- Оправдание нежелательных поступков, например: "Какая разница пью я или нет, все равно скоро умирать..."
- Ревность: "Да, я все понимаю, ты просто уже начала

подыскивать себе здорового мужчину…"

- Обьяснение любых неудач: "При чем тут ссора с начальником, наверняка они узнали о ВИЧ и потому уволили меня…"
- Оправдание негативных эмоций: "Да я разозлился на тебя, но ты должна понимать, что я все время думаю о своей болезни…"

Оценив границы своей компетентности, консультант может либо найти психолога для решения этих проблем, либо взять на себя психологическое консультирование. Первыми шагами в решении проблемы манипулятивного поведения партнера является осознание женщиной сути манипуляции, а именно:

- Умение распознавать манипуляции. Они индуцируют чувство вины - это является сигналом;
- Понимание психологической подоплеки таких заявлений (т.е. понимание того, зачем партнер это говорит и какую цель преследует);
- Обретение навыка "адекватно реагировать на манипуляцию".

"Предоставление возможности обрести свободу".

Часто при ухудшении здоровья, ВИЧ-позитивные мужчины

- Боятся оказаться в зависимом положении (в ситуации невозможности самостоятельно позаботиться о себе, нуждаться в уходе);
- Теряют самоуважение из-за невозможности финансово обеспечивать семью.

Это может порождать агрессивное поведение, т.е. провоцирование разрыва отношений, чтобы не вынуждать женщину "потратить жизнь на заботу об инвалиде".

Если женщина осознает все эти мотивы поведения, у нее появляется больший спектр возможных вариантов реагирования на такие высказывания.

"Долг или желание"

В процессе совместной жизни женщина может прийти

к выводу, что это не тот человек, с которым бы ей хотелось вместе жить (и это решение никак не связанно с положительным ВИЧ-статусом партнера). Перед ней может встать моральная дилемма: продолжать отношения из чувства долга или закончить их, но подвергнуться осуждению. Ей может казаться, что окружающие будут считать такой поступок предательством и думать, что она оказалась слабой, эгоистичной и в самый сложный момент оставляет его. В таком случае консультирование может быть направлено на анализ и осознание истинных причин, подталкивающих женщину к разводу. В частности, консультант может предложить женщине выстроить иерархию "недостатков" партнера.

В чем особенности консультирования уязвимых групп?

Главная особенность консультирования уязвимых групп заключается в том, чтобы консультант воспринимал каждого пациента как отдельную, особенную личность, а не как одного из типичных представителей какой-либо группы.

Под уязвимыми, в данном случае, мы будем подразумевать следующие группы - ПИН (потребители иньекционных наркотиков), МСМ (мужчины практикующие секс с мужчинами), КСР (работники коммерческого секса), люди, отбывающие наказание в местах лишения свободы. Отметим сразу, что данные группы выделены очень условно и отдельно взятый человек может одновременно относиться как к одной, так и нескольким из упомянутых групп.

Важно понимать, что даже если консультант совершенно не сомневается в принадлежности пациента к одной из уязвимых групп, опираясь в своих выводах на рассказы и высказывания клиента о своей жизни, сам клиент может не отождествлять себя с уязвимой группой. И попытки консультанта обозначить принадлежность могут восприниматься, как оскорбительные.

ПИН, КСР, МСМ, осужденные - это неоднородные группы, которые объединяет только то, что **риск передачи ВИЧ в них может быть выше**, чем в среднем в популяции. Причем риск инфицирования может быть выше среднего, а может быть средним или низким, т.е. конкретные люди, практикуя поведение, типичное для определенной группы (и в принципе опасное в плане заражения ВИЧ) могут тщательно соблюдать все меры безопасности и тем самым сводить вероятность инфицирования к нулю. Это означает, что в данных группах возможны и необходимы мероприятия, направленные на снижение риска инфицирования.

Есть еще группа факторов, которые объединяют все эти группы - **стигматизация и дискриминация**, которые существуют в обществе, а значит и у некоторых врачей.

Неосуждение, принятие пациента таким, какой он есть, как личности, которой требуется ваша медицинская помощь вне зависимости от его образа жизни, цвета кожи, сексуальной ориентации, вероисповедания, национальности, пола, возраста, образования одно из важных профессиональных качеств медика.

Основные принципы нондискриминации в консультировании по проблемам межличностных отношений в социальной работе (цитируется по И.С. Куприянова. “Гендерно - чувствительная социальная

работа". Саратов, 2003):

- консультант должен отказаться от патриархальных установок и стремиться к установлению равноправных взаимоотношений с клиентом и признать приоритетной систему ценностей клиента;
- консультант должен с уважением относиться к особенностям жизненного стиля клиента;
- консультант не должен работать с клиентом, если его система ценностей находится в оппозиции;
- консультант должен осознать собственные установки относительно основных вопросов: жизненные стили, социальный и брачный статус, гендерные характеристики, культуральные особенности;
- консультант должен осознавать, что отличие от традиционных стилей межличностных отношений влечет за собой иные социальные ценности, культурные парадигмы и альтернативные образы жизни;
- консультант должен допускать возможность альтернативных форм межличностных отношений, не должен автоматически экстраполировать традиционные социальные ограничения, с которыми привык работать на всех клиентов.

Общие подходы при консультировании:

- **Невозможно нарисовать общий портрет ТИПИЧНОГО представителя той или иной группы!** Это самая часто встречающаяся ошибка.
- Необходимо быть информированным о специфике действия и особенностях потребления наркотиков, а также об этапах формирования сексуальности и половой ориентации, видах сексуальных практик.
- Обсуждение потребления наркотиков и сексуальных практик с одной стороны требует от консультанта глубокого знания специфической терминологии и сленга, а с другой стороны такта и принятия пациента таким, какой он есть.

- Рассказ о подробностях своего сексуального поведения может вызывать у консультируемого напряжение, негативные эмоции, а в ряде случаев мысли о том, что его жизнь является объектом праздного любопытства для консультанта. Желательно пояснять для чего задаются эти вопросы и какова степень опасности тех или иных сексуальных действий в отношении заражения ВИЧ.

Основной вопрос, который должен задать консультант, чтобы консультирование прошло эффективно: **"Чем я, как медицинский работник, могу помочь данному человеку, чтобы он не инфицировался ВИЧ?"**

Потребители инъекционных наркотиков

ПИН (потребители иньекционных наркотиков)- группа, большую часть которой составляют наркозависимые, т.е. люди, нуждающиеся в различных видах помощи в связи с проблемами, возникающими при употреблении наркотиков.

Особенности консультирования и приема:

На приеме, посвященному ВИЧ\СПИД, задача врача не пытаться решить проблему потребления наркотиков, а сконцентрироваться только на сфере своей компетенции, в данном случае, риске заражения ВИЧ.

В начале консультации желательно оценить насколько состояние клиента позволяет ему воспринимать содержание беседы.

Возможно, клиент только что принял наркотик или слишком пьян для восприятия информации и лучше было бы перенести консультацию на другой день? Однако, люди, постоянно принимающие иньекционные наркотики группы опия, наиболее доступны контакту в период, когда острое опьянение уже закончилось, но до начала синдрома отмены ещё далеко.

Консультант должен объективно оценить риск,

связанный с наркотизацией.

Только на том основании, что клиент употреблял иньекционные наркотики в прошлом или употребляет их сейчас, нельзя делать вывод о том, что он обязательно подвергается риску заражения ВИЧ. На первом этапе консультанту необходимо тщательно проанализировать специфику поведения клиента прежде, чем прийти к заключению о риске, связанном с наркотиками или сексом.

Насколько постоянно клиент употребляет наркотики (регулярность, частота, признаки сформированной физической зависимости)?

Необходимо донести информацию, что риск связан как с технологией приготовления наркотика (когда кровь может попадать непосредственно в раствор) так и со способом употребления в группе, когда используются чужие нестерильные иглы и шприцы.

Дать необходимую информацию: куда еще можно обратиться за помощью и услугами: программы "Снижения вреда", реабилитационные центры и т.д.

Консультант должен быть готов помочь потребителю иньекционных наркотиков, получившему отрицательный результат теста на ВИЧ, получить доступ к программам снижения вреда, чтобы увеличить вероятность безопасного поведения.

Консультант должен проанализировать мотивы клиента для тестирования.

Он пришел на тестирование под чьим-то давлением или это его свободный выбор? Не подтолкнул ли его к этому реабилитационный центр? Если да, то почему? Давление может исходить от партнеров или семьи. Эта проблема особенно остро стоит в тюрьмах и больницах.

Организации, работающие с потребителями наркотиков, склонны направлять клиентов на тестирование. Это может быть связано, как с желанием социализировать пациента, прививая навык заботы

о своем здоровье, так и со стремлением "обезопасить" себя от ВИЧ-инфекции.

Как положительный результат теста может повлиять на употребление им наркотиков? Не начал ли клиент сокращать прием наркотиков? Может быть, в этом случае лучше всего дать ему возможность стабилизировать новый режим прежде, чем проходить тестирование.

Не был ли клиент недавно включен в программу детоксикации или реабилитации? Возможно, было бы лучше дать ему возможность адаптироваться к этим переменам перед тестированием.

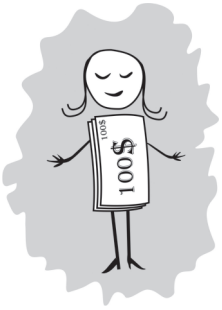
И, все-таки, если пациент выражает желание пройти тестирование, консультанту, вероятно, не стоит разрушать эту мотивацию. Даже если консультант опасается, что велика вероятность получения положительного результата, который может дестабилизировать эмоциональное состояние и негативно повлиять на недавно начатый реабилитационный процесс. Следует учитывать, что адаптация к положительному результату теста может безопаснее проходить в реабилитационном центре, чем когда человек остается один на один со своими проблемами.

Возможные формулировки вопросов на приеме:

- С какой целью Вы обратились?
- Что Вас беспокоит?
- Есть ли среди Ваших знакомых потребители наркотиков? Потребляете ли Вы сами? Как давно Вы употребляете наркотики?
- Есть ли у Вас знакомые ВИЧ+ люди.
- Вы раньше обследовались на ВИЧ-инфекцию?
- Знаете ли Вы, что при употреблении наркотиков внутривенным путем высок риск инфицирования ВИЧ?
- Что Вы знаете о путях передачи ВИЧ? Какие пути передачи ВИЧ Вы знаете? Вы знаете, как может произойти передача ВИЧ при употреблении наркотиков?
- Бывали ли у Вас ситуации, когда Вы вводили наркотик чужим или использованным шприцем?

- Какие наркотики Вы употребляете в настоящее время?
- Что может сделать человек, чтобы защитить себя от инфицирования ВИЧ?
- Что может делать ВИЧ-инфицированный человек, чтобы не заразить других людей?

Работницы коммерческого секса



РКС - группа, в которой секс является способом получения материальных благ. В данном случае мы, прежде всего, рассматриваем женщин РКС, но необходимо помнить, что в данную группу могут входить и мужчины. Риск инфицирования повышен в связи с тем, что в угоду клиенту могут иметь место более опасные в плане заражения ВИЧ практики - насилие и травматичный секс, анальный секс, секс без презерватива.

Консультанту нужно иметь в виду, что значительная часть этой группы может являться потребителями иньекционных наркотиков и для этой части секс служит заработком для получения денег на дозу наркотика.

Особенности консультирования и приема:

Необходимо помнить, что данный вид деятельности является осуждаемым в обществе. Материальное состояние женщины и ее семьи может быть напрямую связанным с оказанием секс-услуг, следовательно, с одной стороны, женщина будет заинтересована в сохранении здоровья, а с другой, необходимость заработать может подталкивать ее к более рискованному поведению. Задача консультанта помочь женщине найти как можно больше различных вариантов снижения риска в ситуациях, когда клиент или сутенер настаивают на более опасных практиках.

У многих женщин, вовлеченных в секс-бизнес, кроме клиентов есть постоянный партнер, в отношениях с которым презервативы принципиально не используются. Этот момент может иметь значение в консультировании. Часть КСР являются мигрантами из сельских районов или других территорий России и стран ближнего зарубежья, в связи с этим у многих есть проблемы с документами и ограничения в возможности получения медицинской помощи. Желательно помочь клиентке найти варианты решения этих проблем.

Возможные формулировки вопросов на приеме:

- Что Вас заставило обратиться к нам?
- Что Вы знаете о ВИЧ\СПИД?
- Вы раньше сдавали анализ крови на ВИЧ?
- Знаете ли Вы, какими путями передается ВИЧ?
- Как Вы думаете, были ли в Вашей жизни ситуации, когда инфицирование ВИЧ, могло произойти?
- К какому пути заражения относятся ситуации, о которых Вы подумали (сказали)?
- Используете ли Вы презервативы при половых контактах? При всех половых контактах?
- Есть ли среди Ваших знакомых ВИЧ-инфицированные?
- Вы когда-нибудь пробовали наркотики? Внутривенно?
- У Вас есть постоянный половый партнер?
- Бывает ли у Вас секс с малознакомым партнером?... без презерватива
- Практикуете ли Вы такие виды секса, при которых травматизация более вероятна?
- Всегда ли есть у Вас средства для покупки презервативов?
- Всегда ли у Вас есть возможность предложить своему партнеру использовать презерватив?
- Когда у Вас был последний половый контакт?
- Рвался ли когда-нибудь презерватив во время полового контакта?
- Были ли сексуальные контакты с насилием?
- Знаете ли Вы как будет проводиться тестирование?

Мужчины, практикующие секс с мужчинами

МСМ - группа, выделенная только по объекту сексуальной практики, включающая в себя как гомосексуалов и бисексуалов (людей осознавших и принявших гомо- би- сексуальную ориентацию), так и мужчин, считающих себя гетеросексуалами, но по разным мотивам практикующими сексуальные контакты с мужчинами.

Связь с другими группами - могут быть ситуации, когда мужчины ПИН с целью получения денег на дозу наркотика могут попадать в группу КСР-МСМ.

Особенности консультирования и приема:

Одна из самых часто встречающихся ошибок - суждение, что к данной группе относятся только мужчины с феминным типом поведения.

Для эффективного консультирования мужчин, практикующих секс с мужчинами, консультанту следует помнить, что типичный представитель этой социальной группы существует только в воображении. Реальные клиенты - это люди с абсолютно различным образованием и воспитанием, личностными особенностями, убеждениями и ценностями, жизненным опытом, финансовым и социальным положением.

В связи со стигматизацией и дискриминацией при обращении за медицинской помощью мужчины могут скрывать или уходить от обсуждения данной темы. Особенно это может быть выражено в этнических сообществах.

Если клиент, обратившийся за помощью, живет в паре, то наиболее эффективно одновременное консультирование обоих партнеров. Необходимо

помнить, что консультирование любых пар (гомо- или гетеросексуальных) может создать проблемы для сохранения конфиденциальности в отношении тестирования на ВИЧ.

Например, один из партнеров может не рассказать другому о некоторых деталях из своего сексуального прошлого.

И, тем не менее, необходимо поощрять пары приходить на консультирование вместе после отрицательного или положительного результата, чтобы убедиться, что они оба достигли понимания последствий этого результата для их взаимоотношений.

Возможные формулировки вопросов на приеме:

- В связи с чем Вы пришли на обследование?
- Есть ли у Вас жалобы?
- У Вас есть опасения по поводу того, что Вы можете быть инфицированы?
- Это Ваше первое обследование?
- Кто-то из Ваших близких знает о вашем решении прийти сюда?
- В Вашем окружении есть ВИЧ-инфицированные?
- Что Вы знаете о путях передачи ВИЧ?
- ВИЧ передается при сексуальных контактах как между мужчинами и женщинами, так и между мужчинами.
- Партнеры какого пола были у Вас?
- Что входит в диапазон Вашей сексуальной практики?
- Какие виды секса /сексуальные практики вы предпочитаете?
- Вы практикуете незащищенный секс? Были ли у Вас случаи незащищенного секса? Были ли случаи когда презерватив рвался?
- Вы практикуете анальный секс? Вы универсальны в плане анального секса? В качестве принимающего партнера или в активной роли?
- Вы желаете пройти тест на ВИЧ?
- Что Вы знаете об обследовании и чего ждете от него?

Люди, находящиеся в местах лишения свободы. Осужденные.

В данную группу входят люди разного возраста, пола, национальности, гражданства, вероисповедания, имеющие различный образовательный уровень, а также социальное и финансовое положение до ареста. То есть их объединяет только то, что в настоящее время они находятся в местах лишения свободы, ожидая суда или отбывая наказание за совершенные преступления.

Особенности консультирования складываются из следующих моментов:

- **Не вполне добровольный (обязательный) характер тестирования.** Хотя в приказах, регламентирующих работу медицинской службы системы исполнения наказаний, не содержится жестких рекомендаций о принудительном тестировании, фактически эта процедура носит обязательный характер. То есть, если человек категорически отказывается сдавать кровь, вероятно, он сможет добиться своего (единичные случаи отказов имеют место во многих учреждениях). Но такие действия не приветствуются и могут создавать проблемы во время дальнейшего пребывания в учреждении.
- **Сложившийся подход к организации процедуры тестирования.** Обычно тестирование проводится двукратно с интервалом в 3 месяца: впервые в СИЗО и второй раз при поступлении в учреждение. Зачастую кровь забирается одномоментно у большого числа людей, при этом медицинские специалисты сильно ограничены во времени.
- **Специфические риски и "особые" представления о приемлемом поведении у осужденных.** Лишение свободы и пребывание в учреждениях исполнения наказаний само по себе представляет определенную

угрозу здоровью.

К рискам инфицирования можно отнести:

- **Совместное внутривенное введение наркотиков.** Очевидно, что организовать доставку наркотика в места лишения свободы сложно, употребить его незаметно для сотрудников очень важно, а вероятность того, что у каждого потребителя будет свой стерильный шприц очень мала (практически равна "0"). При этом факт употребления наркотиков будет категорически отрицаться при консультировании.
- **Незащищенные сексуальные контакты.** Во многих учреждениях до сих пор презервативы практически не доступны. То есть, презервативов нет в ассортименте магазина для осужденных, а родственникам может быть неудобно объяснять потребность в презервативах. Кроме того, люди, находящиеся в местах лишения свободы, могут быть не готовы обсуждать собственные сексуальные практики с консультантом, который в любом случае будет восприниматься как представитель администрации. Особенно проблематичным может быть обсуждение гомосексуальных контактов в мужских колониях, так как пассивные партнеры дискриминируются, а активные партнеры вообще не расцениваются как гомосексуалы.
- **Нанесение татуировок и совместное использование бритвенных станков.** Хотя вероятность передачи ВИЧ таким образом невелика, однако людей может беспокоить этот путь заражения, так как его проще признать. И, кроме того, так могут передаваться парентеральные гепатиты.

- **“Особое положение" ВИЧ-позитивных людей, находящихся в местах лишения свободы.** Значимым моментом является нарушение тайны диагноза. Эту тайну специально никто из сотрудников не разглашает, но если человек отбывает наказание в отдельном отряде для ВИЧ-инфицированных, то догадаться о его статусе не трудно.

С другой стороны, в учреждениях, где все осужденные, не зависимо от статуса содержатся вместе, принято, чтобы человек, живущий с ВИЧ, сам сообщил людям в своем отряде о диагнозе. Открытый статус в сочетании с низким уровнем информированности и мифологическими представлениями о ВИЧ-инфекции, а также "тюремными понятиями" могут создавать питательную среду для роста нетолерантного отношения и дискриминации.

"Связь с другими группами". Нередки ситуации, когда люди, в данный момент находящиеся в местах лишения свободы, ранее употребляли наркотики, практиковали гомосексуальные отношения, либо использовали секс как способ заработка.

Дотестовое консультирование в местах лишения свободы может быть построено, как групповой процесс, имеющий следующие особенности.

Предоставление информации и обсуждение рисков инфицирования с осужденными в групповом процессе имеет как свои плюсы, так и минусы.

Велика вероятность превращения групповой беседы в сухую, нудную и малопонятную слушателям лекцию (особенно, если учитывать, что слушатели могут сильно отличаться по социальному статусу и уровню образованности). И как следствие, консультирование будет носить формальный характер, и иметь низкую результативность.

Предоставляемая информация должна подаваться просто, доступно, однозначно, в соответствии с жизненными реалиями слушателей.

При планировании групповой консультации необходимо оставить достаточно времени для того, чтобы консультируемые могли задать интересующие вопросы. В то же время нужно учитывать, что участники могут быть не готовы задавать вопросы, и возможна ситуация отсутствия обратной связи со стороны слушателей.

Консультация пройдет более успешно, если при

сборе группы будет учтена "кастовая принадлежность" участников, в этом случае может появиться обратная связь и вопросы от аудитории. На вопросы лучше отвечать безлично, это может способствовать раскрытию участников.

Например: Вместо ответа - "Если Вы будете продолжать пить чифир и курить по 1 пачке сигарет в день, то ваш иммунитет снизится", лучше сказать - "употребление чифира и курение ухудшает состояние иммунитета у всех людей".

При групповом консультировании, описывая возможные риски инфицирования, лучше использовать конкурентные примеры.

Например: "Инфицирование ВИЧ может произойти, когда несколько людей набирают раствор наркотика своими шприцами из одной посуды"

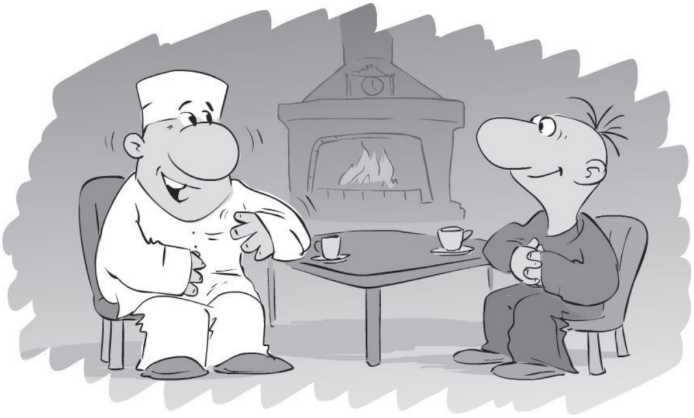
Однако послетестовое консультирование при положительном и неопределенном результатах должно проводиться всегда и строго индивидуально. Во время послетестового консультирования при положительном результате тестирования важно рассказать о том как сохранить здоровье в местах лишения свободы, а также подчеркнуть, что человек с ВИЧ может в течение многих лет чувствовать себя хорошо. Получение диагноза в местах лишения свободы является значительно большим стрессом, чем в обычных условиях. Суицидальный риск при этом увеличивается, а процесс принятия диагноза осложняется. Мысль о том, что существует вероятность "умереть в тюрьме", может принимать навязчивый характер и негативно влиять на общее состояние человека. Тем более, что истории о конкретных людях, которые умерли от СПИД, так и не вернувшись домой, могут циркулировать в среде осужденных.

Важно помнить, что отсутствие яркой эмоциональной реакции не означает, что человек действительно спокоен, возможно он считает неприемлемым выражать эмоции в данной ситуации или "оглушен" переживаниями.

Возможные формулировки вопросов на приеме:

- Что Вы з**наете о ВИЧ\СПИД?**
- Вы раньше сдавали анализ крови на ВИЧ?
- Знаете ли Вы как будет проводиться тестирование?
- Что Вы знаете о путях передачи ВИЧ?
- **Вы знаете как может произойти передача ВИЧ при употреблении наркотиков?**
- В Вашем окружении есть ВИЧ-инфицированные?
- Знаете ли Вы, что ВИЧ передается при сексуальных контактах как между мужчинами и женщинами, так и между мужчинами?
- Знаете ли Вы, что **при сексуальных контактах между мужчинами может инфицироваться любой из партнеров? Известно ли Вам, что оральные контакты менее опасны в плане заражения ВИЧ?**
- Бывали ли у Вас **сексуальные контакты без презерватива?**
- Знаете ли Вы, что презерватив защищает от ВИЧ-инфекции ?
- Есть ли среди Ваших знакомых потребители наркотиков?
- Вы когда-нибудь **пробовали наркотики?** Внутривенно?
- Как давно Вы употребляете наркотики?
- Знаете ли Вы, что при употреблении наркотиков внутривенным путем высок риск инфицирования?
- Бывали ли у Вас ситуации, когда **Вы вводили наркотик чужим или использованным шприцем?**
- Что может сделать человек, чтобы защитить себя от инфицирования ВИЧ?
- Что может делать ВИЧ-инфицированный человек, чтобы не заразить других людей?

КАК ОРГАНИЗОВАТЬ ПРОЦЕСС ЭФФЕКТИВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ? (психологические аспекты)

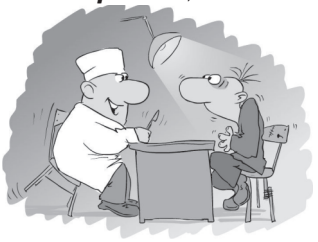


Как организовать окружающее пространство?

В данном случае окружающим пространством называется помещение, в котором проходит консультирование. Существует большое количество рекомендаций, касающихся того, как должно выглядеть и быть оборудовано помещение для консультирования, вот наиболее важные из них:

- **комната для консультирования** не должна подавляюще действовать на пациента:
  - должна быть светлой (желательно, чтобы в комнате было окно),
  - пациент и врач должны иметь возможность свободно передвигаться по комнате, не лавируя между предметами мебели,
  - должна быть изолированной, с плотно закрывающейся дверью,
  - среди обстановки не должно быть предметов непонятного пациенту назначения (в частности, приборов и инструментов),

Например: лучше, если кабинет гинеколога будет состоять из двух комнат "консультативной" и "смотровой",



- комната должна быть чистой и аккуратной,
- кабинет консультирования не должен выглядеть хуже, чем другие помещения, чтобы не навести пациента на мысль об "особом" отношении к людям, тестирующимся на ВИЧ,
- желательно, чтобы мебель была целой (то есть не могла оставить повреждений на одежде) и устойчивой (отсутствие опасения о возможности упасть со стула, добавляет пациенту спокойствие, позволяет сосредоточиться на содержании беседы).

- **расстояние** между консультантом и клиентом от 75 до 97 см, является средним диапазоном комфорта, независимо от пола участников, большее расстояние может создавать у человека чувство "публичного выступления", а очень близкое положение консультанта, может вызывать неприятное чувство вторжения в "личную жизнь";
- **стулья** (кресла) должны располагаться под углом 90 градусов друг к другу, так, чтобы пациент мог смотреть или на врача или вперед, т.к. это создает ощущение свободы и облегчает обдумывание ответов на сложные вопросы;
- желательно, чтобы **стол** располагался неподалеку, но не являлся преградой между консультантом и консультируемым, т.к. он может восприниматься барьером для отношений, как в прямом, так и в переносном смысле;
- среди условий, способствующих консультированию, **звуконепроницаемость и уединенность** являются наиболее значимыми.

Было бы великолепно, если бы у каждого медицинского

работника была возможность соблюдать все выше перечисленные рекомендации. Но, к сожалению, очень часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда в одном кабинете прием ведут сразу два специалиста, или одно помещение одновременно является и местом для приема и лабораторией.

Как при условии ограниченных ресурсов можно организовать эффективное консультирование?

Если нет возможности проводить консультирование в отдельном помещении (комнате, кабинете), то нужно отделить перегородкой ту часть, где проходит консультация. Причем фанерная перегородка лучше (даже, если она будет очень тонкой), чем ширма из ткани. Несмотря на то, что они одинаково хорошо пропускают звуки, внешне фанера выглядит более надежной защитой.

Но независимо от обстановки в комнате, консультант не должен отвлекаться при проведении консультирования. Все контакты по телефону должны быть отложены. В случае необходимости на дверь можно поместить табличку "Не беспокоить!" Это же относится и к хождению коллег по кабинету со своими, пусть даже важными целями (даже, если коллеги не обращаются к консультанту, а пытаются ходить тихо, чтобы не привлекать внимания).

- Неподходящие внешние условия всегда оказывают негативное влияние на процесс консультирования, каким бы профессиональным и эффективным ни был консультант.

Какова роль личности консультанта в процессе консультирования.

Процесс любого консультирования зависит от ряда факторов, связанных с личностью пациента, личностью врача и применяемыми методами.

Хорошо, когда взаимопонимание формируется свободно и естественно, когда стиль общения пациента

соответствует аналогичным характеристикам врача.
К сожалению, очень часто взаимоотношение между врачом и пациентом складывается стихийно и зависит от ситуации: при благоприятном расположении пациента контакт получается, при нежелании пациента общаться - контакт неэффективен.
Для осуществления эффективного до- и послетестового консультирования, медицинский работник должен владеть не только знаниями в области медицины и психологии, но и иметь определенные качества. Теоретики и исследователи процесса консультирования посвятили изучению качеств, связанных с эффективным консультированием, немало времени. Эти исследования выявили следующие "сущностные условия" (Кархафф и соавторы) или личностные качества эффективного консультанта: эмпатия, искренность, конгруэнтность, позитивное отношение, конкретность, однозначность, четкость, последовательность, понятность для данного пациента и толерантность. Проведя широкомасштабное научное исследование, ученые выявили, что успешно работающие консультанты демонстрируют высокий уровень проявления этих качеств в независимости от теоретической ориентации и специализации.

Эмпатия

Эмпатия (от греч. empatheia - сопереживание) постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека. Эмпатия позволяет консультанту слышать и отвечать на чувства консультируемого. Способность консультанта внимательно прислушиваться к миру пациента и точно определять какие чувства он испытывает, позволяет пациенту начать лучше слышать себя. Эмпатия позволяет консультанту выйти за границы своего "Я", при этом важно сохранять свою индивидуальность.

Искренность

Искренность - это способность врача оставаться самим собой и отсутствие потребности демонстрировать свой профессионализм. Искренний человек не прячется под маской и не старается играть роль. Он естественен в контакте, потому что чуток к своим реакциям и эмоциям, добросовестен и правдив, передавая их клиентам. Искренность предполагает соответствие высказываний чувствам и поведению. Находясь в гармонии с собой, своими мыслями и чувствами, консультант способствует созданию безопасной обстановки для пациента. Конгруэнтное(конгруэнтность-соответствие, согласованность вербальных и невербальных компонентов общения) взаимодействие позволяет пациенту не скрываться за маской при общении с консультантом.

Конкретность (определенность высказываний)

Это предполагает, что высказывания врача должны быть однозначными, четкими, последовательными и понятными для данного пациента.

Однозначность - означает, что каждое слово или термин употребляется только в одном значении. Значение терминов и многозначных слов поясняется при первом их использовании. Консультант избегает двусмысленности и многозначности в своих высказываниях, чтобы исключить неверное понимание.

Четкость - означает, что консультант дает информацию не большими блоками, “не вязнет” в деталях, придерживается определенного алгоритма, избегает слов - паразитов, не уклоняется от основной темы.

Последовательность - означает, что консультант постепенно переходит от простого к сложному, все высказывания логически взаимосвязаны, каждое последующее вытекает из предыдущего.

Понятность для данного пациента - означает, что консультант подбирает для своих высказываний ту форму, которая соответствует возрасту, уровню образования и интеллекта данного пациента.
Если врач максимально конкретен в своих высказываниях и ответах пациенту, пациент будет учиться быть конкретным в исследовании своего поведения *(Эган, 1975)*.

Позитивное отношение (принятие).
Врач, безусловно, принимает пациента в независимости от его личных качеств, образа жизни и ВИЧ - статуса. Другими словами, врач принимает отношения, ценности и поведение пациента, не оценивая их. Позитивное отношение означает, что врач работает, проявляя одинаковое уважение со всеми своими пациентами, какими бы они не были. В процессе консультирования, врач не берет на себя функции священника, судьи и адвоката, учителя, родителя. То есть не комментирует образ жизни пациента с точки зрения греховности/ праведности, обвинения/защиты, не дает оценок, не наставляет на "путь истинный", не руководит, не воспитывает.
Таким образом, в рамках до- и послетестового консультирования, принятие врачом пациента складывается из нескольких аспектов.

- Принимать (относиться позитивно) - значит, общаться на уровне двух взрослых людей, не состоящих в родственных или дружеских отношениях.
- Осознавать, что жизненный опыт любого человека ценен своей уникальностью и представляет собой неиссякаемый источник возможностей для решения собственных проблем. То есть задачей врача не является оценка этих возможностей, как позитивных или негативных. А задачей будет показать пациенту, как можно использовать свои ресурсы для решения собственных проблем.

- Понимать, что убеждения пациента, которые расцениваются консультантом, как НЕполезные, НЕбезопасные для клиента и препятствующие его благополучию, являются значимой частью личности клиента и заслуживают корректного анализа.
  Конечно, врач не обязан любить всех пациентов, но обязан понимать, что его взгляды и предрассудки могут негативно влиять на взаимоотношения с пациентом и, в частности, на формирование отношения пациента к ВИЧ (своему серологическому статусу).
  Для проверки собственных взглядов в отношении ситуаций, связанных с ВИЧ/СПИД, можно ответить на несколько вопросов:
- Какие чувства я испытываю по отношению к людям с ВИЧ-инфекцией или СПИДом? Что я думаю о тех, чье поведение связано с высоким риском инфицирования? Я боюсь? Я подвергаю их критике? Что меня отталкивает или настораживает?
- Существуют ли такие люди или стереотипы поведения, которые я осуждаю настолько сильно, что наверняка не смогу работать, не выказывая своего осуждения?
- Не пытаюсь ли я навязать свои ценности клиентам? Насколько сильно мое желание повлиять на них или их контролировать?
- До какой степени я готов позволить клиентам решать, что им делать?
  Если, ответив на вопросы, Вы поняли, что ваше личное отношение может влиять на содержание и эмоциональный фон консультации, то будет более корректно перенаправлять таких клиентов к другому консультанту. Лучше заранее договориться с несколькими консультантами о том, что Вы иногда будете переадресовывать к ним пациентов. Но независимо от того, есть возможность перенаправлять клиента/пациента к другому специалисту или нет, важно, чтобы консультант работал над собственными убеждениями и отношениями, для повышения эффективности

консультирования и увеличения вероятности изменения пациентом своего поведения на более безопасное.

Толерантность.

Толерантность в переводе с различных языков означает - “терпеть, держать, что-то нести, прилагая какие-то усилия”. На наш взгляд, распространенной ошибкой является отождествление понятий "толерантность" и "терпимость". Очень хорошо эту разницу иллюстрирует следующий жизненный пример.

Учительница на классном часе, посвященном формированию толерантного поведения у учеников 6 класса, приводит следующий пример: "Так вот, дети, толерантность - это когда мальчик бежит по коридору, видит девочку в очках, хочет ее толкнуть, но не делает этого". Так ли это?

На самом деле толерантность - это когда мальчик бежит по коридору, видит девочку в очках и у него даже не возникает мысли и желания толкнуть ее.

Существует множество определений толерантности, но нам близко следующее: "**толерантность** - это активная нравственная позиция и готовность к взаимопониманию и позитивному взаимодействию между людьми иной культуры, национальности, религиозной или социальной среды, ценностей и взглядов".

Медицинским работникам не нужно обьяснять смысл понятия "терпимость". В повседневной деятельности врачам и медицинским сестрам часто приходится проявлять терпение при работе с неопрятными пациентами; пациентами, находящимися в опьянении; пациентами, ведущими себя неадекватно или по-хамски. Но, как уже говорилось раньше, терпеть - не значит относиться толерантно.

НЕтолерантное отношение врача к пациенту снижает

эффективность его работы.

Ниже приведены несколько наиболее распространенных нетолерантных позиций консультанта:

- **"Шило в мешке не утаишь"**. Замаскировать нетолерантное отношение консультанта к пациенту практически невозможно. Как бы консультант не старался, оно будет проявляться как в вербальных, так и невербальных посланиях.

Например, если в процессе консультирования выяснилось, что у клиента есть несколько половых партнеров, а врач считает, что это крайне аморально: на вербальном уровне это может проявляться в виде оценок и нравоучений, пусть даже мягких, на невербальном уровне - в виде укора.

Например: консультант незаметно для себя покачивает головой, грозит пальцем, начинает закрываться, отстраняться (скрещивает руки, ноги, откланяется, отодвигается), говорит снисходительным или обвинительным тоном, на лице отражается упрек (нахмуренные брови, ухмылка, блуждающий взгляд) и др.

- **"Глобальные обобщения"**. Человек не может воспринимать окружающий мир, каждый раз заново проводя полный анализ явления и события. Очень часто, для того, чтобы облегчить процесс восприятия, люди, сами того не подозревая (или подозревая), прибегают к обобщениям. Что это значит?

  Если "А" в своей жизни заметил, что все рыжие, которых он встречал, обладали таким качеством, как наглость, то он автоматически будет ожидать от каждого нового рыжего знакомого проявления наглости, и это убеждение будет влиять на его отношение к рыжим.

  Из вышесказанного, можно сделать вывод: "Кто ищет, тот всегда найдет!". А это значит, что если существует предубеждение (негативное убеждение), то найти подтверждение ему (особенно при наличии желания или твердой уверенности в своей правоте) достаточно просто.

Примером из врачебной практики может быть следующая ситуация: если врач имеет твердое убеждение, что инфицироваться ВИЧ может только человек, употребляющий наркотики внутривенно и/или человек, имеющий сексуальные отношения с несколькими партнерами, то каждая его консультация может стать допросом подследственного, с целью выяснения правды. А именно, могут появиться вопросы: "Хотя бы когда-нибудь Вы обсуждали со своими половыми партнерами вопросы контрацепции", "Хорошо ли Вы знаете людей, с которыми вступаете в сексуальные отношения?", "Ведь у Вас часто бывает, что Вы вступаете в сексуальные отношения с партнером в первый день знакомства?", "Думаете ли Вы о своей безопасности употребляя наркотики одним шприцем со всеми?"

- "**Один раз не считается**". Дифференцируемый подход к пациентам, в зависимости от того, относятся ли они к "группе риска", не только нетолерантен, но и может навредить пациенту, т.к. приводит к неполному информированию. В данный момент во всем мире не принято использовать термин "группа риска" относительно ВИЧ-инфекции, так как инфицироваться ВИЧ может каждый.

  Если в ходе консультации, выяснится, что консультируемый не относится к так называемой "группе риска", то сам собой может напроситься вывод, что это и так благополучный человек и ему не нужно забивать голову "лишней" информацией о ВИЧ. И тогда может получиться как в том анекдоте: "Один человек ходил мимо стройки 5 раз в день, а второй - 1. Первому дали каску, а кирпич упал на голову второму".
- "**Мир - это белое и черное или разные оттенки серого?**" Это один из вечных и широко дискутируемых вопросов. И каждый человек может ответить на него по-разному, исходя из своего жизненного опыта,

воспитания и вероисповедания. Но объектом для воздействия в процессе консультирования до и после теста на ВИЧ является ситуация (поведение, опасное в плане заражения ВИЧ), а не пациент.

На консультировании это может отражаться следующим образом:

Если **мир - это черное и белое**, то у консультанта имеется собственное, четкое и непоколебимое представление о хорошем и плохом. В зависимости от этого пациент попадает в категорию "черное" или "белое".

Пациент из категории "черное", может "вызвать" следующую реакцию врача:

- Работу с неприятным человеком хочется закончить побыстрее ("Сейчас быстренько расскажу все, что положено, и пусть уже идет").
- Консультанту не хочется тратить силы, распинаться перед таким человеком, он это не заслуживает или все равно не оценит.
- Зачем вникать в детали, искать пути решения проблем такого человека, если он все равно никогда не изменится.

Пациент из категории "белое":

- На приятного человека можно потратить больше времени, иногда, даже если ему это не нужно.
- Вникнуть поглубже и помочь решить проблемы пациента, даже если консультант вышел за круг собственной компетентности.
- Проявить излишнее и/или неуместное сочувствие.

В любом из этих вариантов можно сказать, что консультирование будет неэффективным.

Если **мир - это оттенки серого**, то консультант имеет возможность рассмотреть жизненную ситуацию каждого пациента, как уникальную и достойную участия, потому что каждый человек имеет право на тот жизненный путь, по которому он идет, имеет право совершать ошибки и исправлять их. Одной из основных мыслей, которую врач должен всегда удерживать в голове: "Человек ведет

себя небезопасно не потому, что он плохой, а потому, что он не может в настоящее время вести себя по-другому". И задачей консультанта является показать другие варианты поведения.

В этом случае целью консультирования будет максимально снизить вероятность инфицирования именно этого пациента и оказывать ему поддержку, если тест оказался положительным.

- **"Только Я знаю, как надо".**

  Врач, как человек образованный, профессиональный и умный, всегда больше знает, чем его пациенты - это правда, никто с этим не поспорит. И иногда осознание этого самим врачом может мешать эффективному консультированию. Проблема заключается в том, что личный опыт каждого человека уникален, и то, что помогало находить пути решения врачу (или его близким, которые оказывались в похожих ситуациях), не подойдет пациенту, потому что он вырос в другое время, не умеет красиво говорить, логически рассуждать, среда, в которой он живет вообще не предполагает таких способов реагирования.

  Исходя их этого жизненного принципа, консультант, вместо того, чтобы проводить консультирование, дает пациенту жесткие безальтернативные рекомендации для решения проблемы, со скрытым посланием: "Делай, как я сказал, и все будет хорошо". Если в последующем "хорошо" не получается, ответственность полностью перекладывается на пациента, который не точно выполнил инструкции.

  Однако такой подход таит в себе опасности, как для консультанта, так и для клиента. Клиенты, которые признают инструкции, быстро попадают в зависимость от консультанта. Другой тип клиента не будет принимать на себя никакой ответственности, обвиняя консультанта в том, что он дал плохой совет: "Это все из-за Вас, я делал так-как вы сказали".

  Таким образом, продуктивность консультирования

падает (сильно снижается) из-за неадекватного распределения ответственности и уровня доверия.

- **"Я работаю для пользы общества".**

  Красиво звучит, не так ли? И все бы ничего, если бы не было продолжения: "Я работаю для пользы общества против его врагов". И в этом случае под "врагами" понимаются те, кто

  - не верен своим супругам,
  - использует услуги секс-бизнеса,
  - употребляет наркотики,
  - и просто те, чья жизнь не вписывается в рамки моральных норм и ценностей консультанта.

  В этом случае деятельность консультанта будет направлена на "обезвреживание" так называемых "врагов". Это может выражаться в следующих высказываниях:

  "ВИЧ-инфицированные люди должны вступать в отношения только с ВИЧ-инфицированными";

  "ВИЧ-инфицированным женщинам не зачем рожать детей - это безответственно";

  "Бывших наркоманов не бывает";

  "У наркоманов не может быть здоровых детей, даже если они находятся в длительной ремиссии";

  "ВИЧ-инфицированный ни с кем не должен вступать в сексуальные отношения";

  Консультанту, придерживающемуся этого принципа, прежде, чем приступать к консультированию, лучше поработать над своими установками. А если все-таки есть желание "приносить пользу обществу" нужно помнить, что дискриминационные установки способствуют распространению эпидемии. А причиной этому является то, что ВИЧ-инфицированные скрывают свой статус из-за страха быть отвергнутыми.

  Таким образом, можно предположить, что "основные условия" эффективного консультанта, описанные в этом разделе, больше, чем личностные характеристики или качества, скорее - это навыки, которые можно освоить, или сложные реакции, которым можно

научиться. Иначе говоря, эти качества не должны быть прирожденными, их вполне можно развить в процессе профессиональной деятельности.

Какова роль личности консультируемого в процессе консультации.

В предыдущем разделе мы достаточно много рассуждали на тему, каким должен быть "идеальный" и "эффективный" консультант. Но, к сожалению, нет смысла разбирать каким должен быть идеальный и эффективный пациент, потому что врач не выбирает пациента, а работает с любым человеком, который вошел в его кабинет.

"Условно-юмористическая классификация пациентов".

Ниже изложенная информация, не претендует на научность, но как и клиентов в бизнесе, всех пациентов можно условно разделить на 3 категории, которые так или иначе знакомы каждому медицинскому работнику:

Категория А.

Пациенты **категории "А"** самые желательные и самые прекрасные пациенты. Они беспрекословно и тщательно выполняют все предписания, готовы принимать любую терапию (сколько бы она не стоила) и проходят все обследования, которые назначает врач (какими бы сложными, болезненными и дорогими они не были). И делают все это вовремя и правильно. Они доброжелательны и милы в общении, никогда не пререкаются, не скандалят и не вредничают. В общем, мечта для любого медицинского работника! Встречаются крайне редко.

Но зачастую эти люди не просто являются таковыми, а очень заинтересованы в том, чтобы их такими

воспринимали, а значит, будут говорить то, что от них хотят услышать, то есть представлять информацию определенным образом и замалчивать некоторые детали. Это может нежелательно сказаться на консультативном процессе за счет:

- формирования недостоверных представлений консультанта о ситуации клиента;
- сложностей, которые возникают у пациента при выполнении договоренностей, достигнутых во время консультации.

Категория "В"

Пациенты **категории "В"** тоже вполне хороши. Так же выполняют все назначения и предписания, проходят обследования и стараются делать все, как доктор прописал. Но они могут выдвигать свои требования, просить, чтобы врач искал компромиссы между стоимостью и качеством, и адаптировал медицинские вмешательства к их жизненным условиям. Пациенты не готовы или не могут много платить, но претендуют (вполне законно) на обслуживание на высоком уровне. Встречаются достаточно часто.

Такая позиция может быть наиболее полезной для результатов консультирования, потому что взаимный поиск компромиссов будет способствовать выработке договоренностей, удобных для выполнения пациентом и наиболее подходящих его ситуации. Однако пациент "категории В" может играть в психологическую игру "Да, но..." или восприниматься консультантом как игрок в психологические игры. В таком случае результативность консультирования резко снижается.

Игра "Да, но..." представляет собой особую манеру общения пациента, при которой он формально соглашается с предложениями консультанта, но все время называет массу причин, делающих реализацию этих предложений невозможной. И при этом, как бы консультант не старался, любое его предложение не

будет принято. Важно, чтобы консультант не искал проявления игры "Да, но…" там, где их нет, но при этом и не потакал игрокам, если это действительно игроки. Основное отличие игрока заключается в том, что он не хочет решить свою проблему, и поэтому поиски выхода вызывают сопротивление, раздражение и попытки манипулировать консультантом.

Например:

Разговор о том, как клиент мог бы осуществлять покупку презервативов идет уже 10 мин., звучит 6 предложение консультанта:

"Возможно, Вы могли бы покупать презервативы в нескольких остановках от Вашего дома, если стесняетесь быть замеченным за этим занятием своими соседями".

Пациент: "Да, конечно, я мог бы делать и так, но там меня могут увидеть коллеги по работе".

Консультант: "Может быть, за время беседы у Вас появились какие-нибудь собственные идеи выхода из этой ситуации".

Пациент: "Если бы у меня были собственные идеи, я сидел бы на вашем месте".

Категория "С"

Пациентов из этой категории не пожелаешь и врагу. Они если пришли, то уже и “сами вряд ли когда-нибудь вылечатся, и врача до болезни доведут”. Конечно, юмор - юмором, а жизнь - есть жизнь. Пациенты этой категории не могут или не готовы выполнять практически ни чего из того, что Вы им говорите; склонны вступать в споры; обижаться и обижать; нервничать и скандалить; тихонечко отмалчиваться и надолго пропадать; обещать в точности выполнять все требования, но делать все наоборот, а затем возмущаться низкой эффективностью лечения; требовать самого современного лечения, а потом

жаловаться главному врачу на его высокую стоимость. Встречаются чаще, чем хотелось бы.

Манера поведения таких пациентов вызывает закономерное раздражение консультанта и негативные ожидания от процесса, которые значительно препятствуют возникновению и развитию контакта, служат барьером на пути восприятия информации. Такое поведение клиента может быть связано с тем, что

- он находится в ситуации, требующей больших психологических усилий, чем обычно **(стресс)** и поэтому он реализует конфликтные формы поведения (либо психопатоподобные паттерны поведения);
- он находится в ситуации **самосбывающегося пророчества**, то есть, имея негативные ожидания по поводу предстоящего визита к врачу, начинает заранее защищаться, вне зависимости от реального поведения врача. И в итоге, действительно, может вызвать негативное к себе отношение консультанта (особенно часто такое поведение встречается у людей, ранее или в настоящий момент употреблявших наркотики).

Но к какой бы из этих категорий не относился пациент, он, прежде всего, человек, нуждающийся в консультативной и лечебной помощи.

Пациент и его представление о болезни.

Любая болезнь оказывает на человека и на его личность большое влияние. Каждый знает по своему опыту, что даже банальное простудное заболевание или удаление зуба могут серьезно повлиять на нас - вызывают опасения и тревогу, приводят к плохому настроению, заставляют уделять себе больше внимания, чувствовать потребность в заботе. Часто эти реакции обобщаются понятиями переживание и поведение человека во время болезни. Все эти изменения безусловно влияют на общение пациента и консультанта. В большинстве случаев, описанные выше переживания и поведение появляются у человека еще до постановки диагноза - в период обследования.

Переживания и поведение человека во время болезни

могут носить различный характер и зависят от тяжести заболевания, личностных особенностей больного и его внутренних представлений о заболевании. Несомненно, внутренняя картина болезни оказывает влияние на течение заболевания. Внутренние представления человека о своем заболевании могут либо добавлять нежелательный психосоматический компонент в клинику, либо, наоборот, способствовать более легкому течению. Представления о заболевании приобретают значимость еще в период обследования, и формируются в цельную картину из знаний о заболевании (не всегда достоверных), историй, рассказанных людьми, которые ожидают в очереди к врачу, выводов, которые он сделал из поведения и слов врача, все это цементируется его тревогой и опасениями.

Качественно проведенное консультирование может так повлиять на внутреннюю картину болезни, что пациент будет психологически настроен на длительное сохранение здоровья. Это относится не только к людям, получившим положительный результат теста, но и к людям, получившим отрицательный результат теста, за счет формирования мотивации к безопасному поведению и более достоверных представлений о ВИЧ-инфекции, как о заболевании.

Особенности ВИЧ - инфекции, и их влияние на личность консультируемого

ВИЧ-инфекция относится к длительно текущим заболеваниям. Несомненные успехи современной антиретровирусной терапии позволяют снизить риск возникновения оппортунистических инфекций, повысить качество и продолжительность жизни. Однако, несмотря на очевидные достижения последних лет, ВИЧ-инфекция по-прежнему относится к заболеваниям с неблагоприятным прогнозом, т.к.

полное излечение по-прежнему невозможно.
Следствием распространения эпидемии ВИЧ-инфекции стало появление в обществе предубеждения по отношению к людям, инфицированным ВИЧ.
ВИЧ-положительные люди подвергаются стигматизации и дискриминации со стороны общества. Очень часто это связано не столько с незнанием путей передачи и способов защиты, с широко распространенным представлением о том, что "СПИД" является закономерным результатом аморального и антисоциального поведения.
Стигматизация представляет собой сложный процесс социально-психологического взаимодействия, который ведет к отвержению лиц с определенными нежелательными (для большинства) признаками. Стигмой могут быть такие характеристики человека как, наличие заболеваний (физических недостатков), цвет кожи, национальность, манера разговора, образ жизни, принадлежность к тем или иным социальным группам, религиозные убеждения. В случае ВИЧ-инфекции таким признаком является инфицирование ВИЧ.
Диагноз ВИЧ-инфекция влияет на все стороны жизни инфицированного человека. Будучи длительно текущим заболеванием, с неблагоприятным прогнозом, он представляет собой угрозу его физическому состоянию и продолжительности жизни.
ВИЧ-инфекция влияет на личность, изменяя самооценку (инфицированный человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей), уверенность в своем будущем и возможностях самореализации.
Следствием такого выраженного влияния на личность является изменение взаимоотношений с окружающими. Диапазон этих изменений достаточно велик: от полного отказа в общении до гиперопеки.
Также одним из возможных последствий ВИЧ-инфекции является снижение эффективности деятельности и дальнейшего развития личности. В последние годы при описании социально-психологических последствий

этого заболевания используется термин **"жизненный сценарий"**. Действительно, ВИЧ-инфекция накладывает существенные ограничения на жизненные перспективы человека. На практике приходится сталкиваться с проблемами трудоустройства, смены профессии либо ограниченного выбора профессии, со сложностями при создании семьи и репродуктивными проблемами. Кроме того, ВИЧ-инфекция может влиять на социальное положение человека: нередко меняется его социальный статус, происходит стигматизация, повышается правовая уязвимость.

Практически любое заболевание способно нарушить привычные контакты человека с окружающим, ограничить возможности трудовой деятельности или сделать, в ряде случаев, невозможным ее продолжение, нередко лишить заболевшего прежних перспектив и потребовать переориентации. С этой точки зрения инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека, занимает особое место и может считаться не только биологически, но и социально злокачественным заболеванием.

Таким образом, предлагая пациенту пройти тестирование на антитела к ВИЧ, врач невольно ставит перед пациентом психологическую дилемму: знать или не знать. Ведь если не знать, то не придется столкнуться со всеми вышеперечисленными проблемами.

С другой стороны знание ВИЧ-статуса позволяет человеку:

- снять тревогу из-за неопределенности,
- не беспокоиться о возможном инфицировании партнера (если статус положительный, то использовать презерватив),
- выяснить или исключить одну из причин плохого самочувствия,

- беременным женщинам вовремя принять меры для рождения здорового ребенка, даже если определен положительный ВИЧ-статус,
- своевременно начать лечение.

Какие навыки необходимы консультанту?

Особенности консультирования вообще и консультирования по вопросам, связным с ВИЧ, в частности, обусловливают необходимость применения особых психологических приемов получения информации, ее последующем уточнении и воздействия на пациента. Беседа складывается из ряда последовательных этапов, каждый из которых подчинен особой задаче и строится, опираясь на определенную психотерапевтическую технику.

Мы предлагаем целый спектр приемов, которые используются в психологическом и психотерапевтическом консультировании и которые можно использовать столь же эффективно, когда мы говорим с пациентами о ВИЧ.

Вербальное и невербальное поведение

Любое общение складывается из вербального и невербального поведения.

Вербальное поведение - это обращенная и услышанная речь.

Невербальное поведение - это выражение лица, движения тела, расположение в пространстве, характеристики голоса.

Сложное взаимодействие вербальных и невербальных сообщений, которыми обмениваются врач и пациент - неотъемлемая часть процесса консультирования. Знание, правильное и корректное использование способов вербального и невербального воздействия поможет консультанту сделать процесс консультирования более эффективным и плодотворным.

Невербальное поведение

Во время консультирования большое значение имеет не только то, что говорит консультант, но и то, как он это делает.

По данным некоторых исследователей, восприятие сообщения складывается из:

- восприятия смысла слов на 7%,
- восприятие того, как эти слова произносятся на 38%,
- восприятия выражения лица собеседника на 55%.

Согласно другим подсчетам, человек в среднем говорит лишь 10-11 минут в день. Среднее предложение звучит около 2,5 секунд. При этом вербальный компонент разговора при общении занимает около 35%, а невербальный - 65% времени.

Как и при любом общении, в процессе консультирования врач и пациент посылают друг другу множество сообщений по поводу того, что чувствуют и как реагируют на ситуацию, не говоря ни слова. Успешность консультации во многом зависит от того, как консультант реагирует на сообщения пациента и осознает воздействие своего невербального поведения на пациента.

Зарубежные ученые разделили невербальное поведение на 4 группы (Gazda, Asbury, Balzer, Childers, and Walters. 1984). Следует подчеркнуть, что невербальные проявления являются высокоспецифичными и при их истолковании нужно учитывать и контекст, в котором они проявляются.

1. Невербальные сообщения, связанные со временем.

Признание (степень значимости человека, как обьекта общения):

Поспешная или, напротив, слишком медленная реакция на сообщение или присутствие другого человека.

Приоритеты (значимость человека или темы):
Количество времени, потраченного на общение с другим человеком;
Соотношение времени, посвященного разным темам.

2. Невербальные сообщения, использующие тело.

Контакт глаз (важен в регулировании отношений, при хорошем контакте собеседники часто смотрят в глаза друг другу; взгляд является показателем настроения и эмоционального состояния):
Смотрит на определенный объект;
Смотрит вниз;
Уставился на консультанта или ловит его взгляд;
Вызывающе смотрит на консультанта ("тяжелый" взгляд), свирепость;
Перемещение взгляда от объекта к объекту;
"Блуждающий взгляд";
Смотрит на консультанта, но как будто сквозь него;
Закрывает глаза рукой (руками);
Частота взглядов, направленных на другого.

Глаза:

"Искрящиеся";
Слезы;
"Наивные";
Положение век.

Кожа *(показатель эмоционального состояния и внутренней реакции пациента на темы разговора):*
Бледность;
Потливость;
Покраснение;
"Гусиная кожа".

Поза *(часто показатель физической готовности/неготовности к общению или усталости):*
"Нетерпеливый", как будто готовый к деятельности;

Сутулость, неряшливость, утомленный взгляд, "тяжелая" посадка;
Руки скрещены впереди, как будто для самозащиты;
Скрещенные ноги;
Сидит лицом к другому человеку, а не боком или спиной;
Голова опущена, смотрит в пол;
Тело расположено так, чтобы исключить возможность объединения с другими в группу или диаду.

Выражение лица *(первичный источник показа эмоций; по данным исследователей, более всего подвержено непроизвольным реакциям):*
Неизменное, "застывшее" выражение;
Морщит лоб, хмурится;
Морщит нос;
Улыбка, смех;
"Печальный" рот;
Покусывание губ.

Рука и жесты руки *(выраженность жестикуляции часто характеризует темперамент человека или показывает изменение эмоционального состояния в связи с темой разговора, отношение к чему-либо):*
Символичные движения кистями и предплечьями;
Точные жесты рук, показывающие размер или форму;
Демонстрация того, как что-то происходило или как делать что-либо.

Самоповреждающее поведение (часто показывает, что тема разговора эмоционально значима для пациента, вызывает внутреннее напряжение и тревогу):
Обкусывание ногтей;
Расцарапывание;
Потрескивание суставами пальцев рук;
Дерганье за волосы;
Потирание или поглаживание.

Повторяющееся поведение *(часто интерпретируется как знак нервозности или нетерпеливости, но может быть органическим по происхождению):*

Притопывание ногой, постукивание пальцами;
Ерзанье, выгибание спины;
Дрожь;
Игра с пуговицей, волосами или одеждой.

Сигналы или команды *(усугубление смысла слов):*

Щелканье пальцами;
Прижимание пальца к губам для тишины;
Указание;
Прямой взгляд, чтобы показать неодобрение;
Пожимание плечами;
Размахивание руками;
Кивание в знак признания;
Моргание;
Кивание в знак согласия, покачивание головой в знак несогласия.

Прикосновение *(может свидетельствовать об отношениях субъектов общения, в ходе консультирования следует соблюдать разумную осторожность в использовании прикосновений с учетом диапазона приемлемости пациента):*

Привлекающее внимание, типа похлопывания по плечу;
Любящее, нежное;
Сексуальное;
Вызывающее, типа тыканья пальцем в грудь;
Символы товарищества, типа хлопка по спине;
Принижающее, типа щелчка по макушке, по носу.

3. Невербальные сообщения, использующие голос

(хороший инструмент для установления эффективного контакта с пациентом), Анализ голоса: интонации, громкости, темпа, распределения пауз и т. д. - дает

косвенную информацию об эмоциональном состоянии пациента и изменениях этого состояния в процессе беседы.

Тон голоса:

Вялый, монотонный, бесчувственный;
Яркие, четкие изменения интонации;
Сильный, уверенный, устойчивый;
Слабый, колеблющийся, срывающийся;
Ломающийся, сбивчивый.

Скорость речи:

Быстрая;
Средняя;
Медленная;
Постоянная/меняющаяся.

Громкость голоса:

Громкий;
Средний;
Тихий;
Постоянный/меняющийся.

Дикция:

Четкая или небрежная;
Региональные (разговорные) особенности;
Постоянство дикции.

4. Невербальные сообщения, использующие окружающую обстановку.

Дистанция:

Отодвигается в ответ на приближение;
Приближается при попытке отдалиться;
Проявляет инициативу в перемещении к или от;
Дистанция постепенно увеличивается;
Дистанция постепенно сокращается.

Оформление физического окружения *(говорят об определенных личных особенностях) :*

Опрятный, упорядоченный, организованный;
Неаккуратный, бессистемный, невнимательный;
Небрежный или тщательный;
Предпочтение теплых или холодных цветов;
Предпочтение мягких или твердых материалов;
Предпочтение гладких поверхностей или различных текстур;
Предпочтение веселья и живости или уныния и серости;
Разборчивость вкуса или безвкусица;
Предпочтение дорогого роскошного или потертого спартанского стиля.

Одежда *(часто используется для того, чтобы сообщить другим, какой личностью в их глазах хочет быть человек):*

Дерзкая или скромная;
Стильная или неопределенная.

Положение в комнате *(от того как, на каком расстоянии пациент выбирает свое местоположение в кабинете, практически сразу можно определить его настрой на общение, и то, какой стиль общения нужно выбирать консультанту для установления контакта):*

Защищает себя с помощью других обьектов, типа парты или стола между ним и другим человеком;
Занимает открытую или уязвимую позицию, например: в центре комнаты, рядом на диване или на обычном стуле. Ничто не разделяет его и другого человека;
Занимает доминирующую или атакующую позицию. Может блокировать выход из помещения или может вынудить другого человека занять закрытую позицию;
Двигается по комнате;
Вторгается и покидает территорию другого человека;
Стоит, когда другие люди сидят, или занимает более высокую позицию, чем другой человек.

Для более успешного консультирования консультанту важно видеть изменения, происходящие с невербальным поведением пациента в процессе беседы, обращать внимание на те слова и темы, которые их провоцируют. Скорее всего, эти слова, провоцирующие изменения состояния клиента, будут являться знаком, что эта тема эмоционально значима, и с ней нужно более тщательно поработать.

Полезные приемы невербального поведения

- **Тон голоса консультанта соответствует тону пациента**. Но это не значит, что если пациент кричит, нервничает, разговаривает "свысока", то консультант должен начать говорить точно так же.
- **Умеренный, спокойный темп речи**, ориентированный на темп речи пациента.
  Консультант в процессе беседы может постепенно снижать громкость, темп, вводить более спокойные интонации и таким образом постепенно перевести пациента в более уравновешенное состояние.
- **Визуальный контакт** необходим для того, чтобы показать пациенту заинтересованное отношение. Очень часто движение глаз пациента - это ключ к тому, что происходит в его голове. Обычно контакт глаз прекращается, когда человек говорит на щекотливую тему.
- **Общение на удобном для пациента расстоянии** (в среднем это расстояние не должно быть меньше 96 см). Личное пространство человека можно разделить на 4 зоны:
  - *интимная зона (от 15 до 46 см)* - самая главная, поскольку "проникнуть" в эту зону могут только самые близкие люди или те, у кого установлен тесный эмоциональный контакт с человеком;
  - *личная зона (от 46 см до 1,2 метра)* - расстояние, которое отделяет нас от знакомых людей из одного сообщества и общих с нами интересов;

- социальная зона (от 1,2 до 3,6 метра) - на таком расстоянии человек держится от посторонних;
- общественная зона (более 3,6 метра) - расстояние на котором более всего удобно обращаться к группе людей.

Знания о персональном пространстве позволяют правильно организовать консультативный процесс и выбрать наиболее оптимальный стиль общения с пациентом.

Открытая, расслабленная поза означает для пациента, что врач принимает информацию и открыт для общения. Конечно, скрещенные руки или ноги не означают, что врач находятся вне контакта. Но важно, чтобы во время консультации врач постоянно спрашивал себя, отражает ли его поза открытость и готовность воспринимать пациента.

Умеренная и непринужденная жестикуляция. Наука о языке жестов достаточно обширна и, к сожалению, не может быть здесь детально изложена. Консультанту нужно учитывать, что разные люди могут вкладывать в одинаковые жесты разные смыслы, а каждый человек имеет свою манеру жестикуляции. Поэтому, с одной стороны, важно не злоупотреблять жестикуляцией, а с другой, не выглядеть неподвижной мумией, так как это тоже может насторожить пациента.

Зеркальное отражение невербального поведения

Зеркальное отражение - один из способов достижения контроля над невербальным поведением пациента. Чтобы лучше понимать человека, полезно имитировать или зеркально отражать его невербальные реакции, другими словами, копировать позу пациента. Одним из признаков успешно проходящего консультирования является согласованность и симметричность движений врача и пациента. Например: пациент прервется на середине фразы, врач кивнет головой - пациент продолжит говорить. Движение протекают в одном

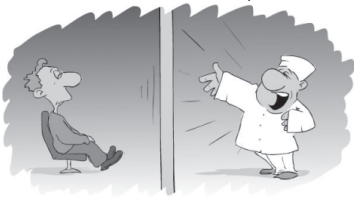
ритме и согласованно. В начале консультации обычно консультанту приходится подстраиваться (отзеркаливать) позу и голос пациента и, если процесс идет хорошо, то к концу консультации подстраивание (отзеркаливание) становится взаимным и неосознанным. Важно, чтобы процесс отзеркаливания был незаметным для клиента, не выглядел как передразнивание. В большинстве случаев нет необходимости точно копировать пациента, достаточно повторения общего контура его позы и наиболее ярких характеристик его речи. Часто бывает так, что консультант никогда не сможет или если сможет отзеркалить невербалику пациента, то это будет выглядеть нелепо или даже вульгарно.

Например: пациент (крупный мужчина) сидит на стуле широко расставив ноги, откинувшись назад, если консультант - миниатюрная женщина в точности повторит эту позу, то это не будет способствовать установлению контакта с пациентом, а произведет странное, двусмысленное впечатление. В такой ситуации консультант может сесть в любую позу со сниженным мышечным тонусом, без перекрестов конечностей, слегка отклониться назад или опереться спиной на спинку стула.

Отсутствие согласованности и симметрии в невербальных проявлениях врача и пациента - признак того, что беседа идет непродуктивно.

Вербальное поведение

Особенную роль в консультировании по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД, кроме невербального общения, имеет происходящее на вербальном уровне.



Это связано с тем, что одной из целей консультирования до и после теста на ВИЧ является информирование пациента. Консультирование - в основном вербальный процесс, и

систематический анализ языка является необходимым условием достижения понимания между врачом и пациентом.

Название	Причины возникновения	Пути преодоления
Понятийный барьер	Искажение информации происходит за счет того, что участники общения вкладывают в одинаковые понятия, термины, эпитеты и т.д., разный смысл.	Говорить просто, четко и понятно. Спрашивать, задавать вопросы, уточнять правильность понимания терминов, эпитетов и понятий, используемых, каждым из собеседников.
Барьер способа передачи	Искажение и потеря части информации происходит за счет использования лишь одного канала восприятия, неравномерности функционирования каналов, "технических сложностей" при попытках воспринять зрительную информацию на слух, кинестетическую - зрительно и т.д.	Стараться включать все системы восприятия информации (аудиальную, визуальную, кинестетическую). То есть, использовать "наглядные пособия" и раздаточные материалы для пациентов.
Барьер неготовности к восприятию информации	Недостаточная концентрация внимания. Недостаточные навыки слушания. Усталость слушающего. Ограниченность во времени. Неприятие смысла услышанного. Негативное отношение к говорящему.	Информация должна сообщаться только после установления контакта с пациентом. Развитие и применение навыков активного слушания и умение задавать вопросы. Дозирование времени - умение выделить более значимые для клиента темы и посветить им больше времени, придерживаясь плана консультации. Если барьер неприятия смысла и негативного отношения к говорящему возникает у консультанта, то желательно работать над собой для повышения уровня толерантности. Если же это барьеры клиента, то желательно попытаться подать информацию иначе - в подходящем для клиента смысловом поле. Или использовать различные способы мотивирования к изменению отношения к этой информации (любопытство, ссылка на авторитеты, выгода, использование противоречий и др.)

Название	Причины возникновения	Пути преодоления
Ассоциативный барьер	“Слушающий» уходит в собственные переживания, ассоциированные с темой услышанного, что приводит к фрагментарному и интерпретативному восприятию услышанного	Если у консультанта включается этот барьер, можно изменить позу, восстановить контакт глаз, использовать «поддерживающее эхо» и/или «смысловое эхо», задать уточняющие вопросы к той части монолога пациента, которую Вы восприняли, несмотря на барьер (в ходе уточнений скорее всего пациент повторит те части рассказа, которые упустили). Если возникшая ассоциация - это случай из вашей практики, можно использовать ее как «терапевтическую метафору» в данной консультации, либо сказать пациенту, что его слова напомнили Вам о ситуации другого пациента (с одной стороны это будет хорошим оправданием, если пациент заметил, что Вы отвлеклись, с другой - снять тревогу из-за уникальности и неразрешимости собственных проблем). Чтобы предотвратить включения ассоциативного барьера консультанту необходимо избегать длительных монологов, почаще задавать вопросы, уточняющие степень понимания сообщений.
Мировоззренческий барьер	Каждый человек имеет свое мировоззрение, которое складывается и формируется из жизненного опыта, воспитания, религиозных взглядов, времени и окружения. И каждый человек воспринимает окружающую действительность со своей мировоззренческой позиции, которая создает искаженную и ограниченную картину реальности (действуя одновременно как шоры и очки с цветными стеклами).	Пробовать обсуждать явления в приемлемых для клиента категориях. Обнаруживать и обсуждать с пациентом ошибки логики. Сегментировать обсуждаемую ситуацию (проблему) - обсуждать не явления в целом, а его отдельные менее эмоционально значимые части. Простраивать цепочки причинно-следственных связей между фактами, событиями и ситуациями, составляющими проблему, что позволит показать возможность другого взгляда (отношения). Использовать «ссылки на авторитеты».

Культуральные особенности

Культуральные особенности могут как играть роль барьера на пути установления контакта, так и влиять на восприятие информации. Они проявляются и на вербальном, и на невербальном уровнях, влияя на ожидаемое поведение всех участников консультативного процесса. Ниже будут описаны лишь некоторые особенности (подробнее см. в литературе по этнической психологии).

Территориальные особенности

Жители южных и северных регионов нашей страны отличаются более быстрым темпом речи, ярко выраженным эмоциональным и интонационным рядом, в среднем более активной мимикой и жестикуляцией, а также более широким спектром поведения допустимого с незнакомым человеком.

В связи с этим, "южане" могут воспринимать "северян" как высокомерных, мрачных, закрытых, малоэмоциональных, недружелюбных и т.д.

А "северяне" - "южан", как шумных, навязчивых, излишне говорливых, неадекватно экспрессивных, манерных и суетливых.

Такое восприятие будет необъективным ни с одной, ни с другой стороны, и, укладываясь в рамки феномена "свой - чужой", будет препятствовать принятию информации от собеседника.

Формированию образа "чужого" также может способствовать "говор". Не желательно подстраиваться под "говор", это может выглядеть как карикатурное копирование (передразнивание). Для установления контакта достаточно использовать подстройки к голосу, темпу речи и интонационному ряду.

Очень важно, чтобы то, что говорит врач, воспринималось однозначно, и было понятным для пациента.

В ходе консультирования необходимо опираться на анализ речи пациента, который позволяет получить сведения об образовании, возможной профессиональной

сфере деятельности, микросоциальной среде, а также состоянии здоровья и возможных скрытых причин желания пройти тестирование.
Полезные приемы для осуществления эффективного вербального общения:
использование понятных слов,
использование словесных подкреплений (например: "Да", "мм-мм", "Угу"),
обращение к пациенту по имени или на "Вы",
своевременное и удобное (в доступной форме для данного пациента) предоставление информации,
уместное использование юмора для снятия напряжения.
В итоге врач-консультант выбирает те или иные тактики, исходя из контекста ситуации пациента.

Возможные тактики консультанта.

1. Молчание.
Внимательное выслушивание другого человека, не сопровождаемое вербальным ответом. Молчание предоставляет ответственность за решение проблемы самому пациенту. Паузы в разговоре дают ему время собраться с мыслями и чувствами, а консультанту включиться в процесс и прояснить услышанное. Молчание стимулирует клиента продолжать выражение своих мыслей и чувств. С другой стороны, затянувшееся молчание консультанта может вызвать тревогу у пациента.

2. Поддержка.
Поддержка обеспечивается ответом, дающим пациенту подтверждение, что Вы все еще "настроены на его волну". При этом ответ консультанта не содержит замечаний и оценок.

Например, это могут быть такие ответы: "о", "и что же…", "да, да", "понимаю". Будьте внимательны и удерживайтесь от "механического" проявления участия.

3. Распахнутая дверь.

Вербальное приглашение сказать больше, то есть, дальнейшее исследование проблемы. Сообщите пациенту свое желание выслушать и быть полезным.

Например: "Чем я могу Вам помочь?", "Хотели бы Вы поговорить об этом?", "Похоже, что Вы довольно сильно переживаете по этому поводу", "Я бы хотел лучше разобраться в этом", "У Вас есть какие-нибудь идеи?"

4. Обобщение.

Краткое подтверждение или резюме, в котором консультант подводит итог того, о чем шла речь в течение какого-то периода времени, суммирует информацию, услышанную от пациента.

Например: "Таким образом, Вы говорили о 3-х препятствиях для разговора со своим женихом об использовании презервативов: ….."

5. Ключевые слова или фразы.

Повторение слов или коротких фраз, взятых из речи пациента, которые несут эмоциональную нагрузку - возможно, это как раз то, что пациент хотел бы обсудить. Позволяет вернуться к обсуждению значимых моментов.

Например

Вариант 1:

Клиент:	"Мы спокойно разговаривали, пока она не начала эту старую историю, и тут меня как будто током ударило ... "
Консультант (сразу):	"Как будто током ударило???"

Вариант 2:

Клиент:	"Мы спокойно разговаривали, пока она не начала эту старую историю, и тут меня как будто током ударило ... "
Консультант (дождавшись логической паузы в речи клиента):	"Описывая ситуацию, Вы сказали, что Вас как будто током ударило, что за чувство Вы испытали в этот момент?"

6. Проясняющий вопрос.

Вопрос, заданный консультантом, с целью прояснить значение или содержание утверждений клиента.

Например: "Правильно ли я поняла, что Вы не можете покупать презервативы в аптеке рядом с домом, так как боитесь, что Вас увидят соседи?".

7. Ответ - проекция.

Часто пациенты предпочитают принять решение, предложенное врачом, нежели свое собственное. Подчас довольно очевидно, что пациент знает, чего он хочет, даже тогда, когда обращается за советом, одобрением или в поисках решения проблемы. В таких ситуациях ответ-проекция оказывается довольно эффективным, например: "Что бы Вы хотели от меня услышать?", "Если бы я удовлетворил Вашу просьбу найти решение, какое именно решение Вы ждете от меня или хотите услышать?" Обычно ответ на такой вопрос, так или иначе, проявляет реальные желания и чувства клиента.

8. Конфронтация.

Такая реакция выстраивается с целью обратить внимание клиента на противоречия в его высказываниях, стимулировать клиента к принятию ответственности за свое поведение.

Например: "То есть Вы хотите одновременно, чтобы Ваша мать проявляла уважение Ваших прав и свобод, как взрослого мужчины, и при этом каждое утро сама выдавала Вам деньги на проезд и продолжала стирать Ваши трусы и носки?"

9. Терапевтические метафоры.

Это особый вид воздействия. Инициатива на этапе терапевтического вмешательства принадлежит исключительно врачу. Рассказывание историй воспринимается большинством клиентов как отступление от болезненной темы, что само по себе создает

предпосылки для успешного изменения. Консультант может использовать в качестве терапевтических метафор анекдоты, притчи, фрагменты из кино и мультфильмов, а также истории из своей врачебной практики реальные, компилированные или придуманные специально для этого клиента (конечно без ссылок на имена, фамилии и факты, способствующие узнаванию героев этих историй). Нежелательно применять реальные истории из практики в малых городах и сельских местностях. Использованные метафоры можно обсуждать, задавая вопросы о скрытых смыслах и причинах рассказа этой метафоры именно в данный момент. А можно и не обсуждать, оставляя их для самостоятельного осмысления пациента.

Например: "КАЗНИТЬ НЕЛЬЗЯ ПОМИЛОВАТЬ". "Как Вы думаете, что означает эта фраза? Возможны два варианта ответа, противоположные по смыслу (либо это приказ о казни, либо приказ о помиловании, в зависимости от постановки запятой). Имеет ли это какое-либо отношение к консультированию?" Важно, чтобы то, что говорит врач, было однозначно по смыслу. Многозначительные фразы могут не только привести пациента к парадоксальным выводам, но и ухудшить контакт.

10. Предоставление информации.

"Предоставление информации" используется в любом информационном, (в том числе и до- и послетестовом) консультировании. "Предоставление информации" как тактика принципиально отличается от "дачи советов". Особенностью этой тактики является предоставление достоверной информации без оценочных суждений.

Предоставляемая информация должна быть краткой, четкой, однозначной и понятной.

Консультант должен излагать информацию последовательно, не отвлекаясь и не уходя в обсуждение сопутствующих тем т. е. качественно проведенное до

и послетестовое консультирование можно сравнить с путником, который идет по шоссе, следуя дорожным знакам и указателям. Он не сходит с дороги для того, чтобы рассмотреть красивый вид на обочине и не петляет с одной стороны на другую.

Информирование в рамках до и послетестового консультирования должно обладать несколькими характеристиками:

1. **"Навязчивость"** - консультант предоставляет информацию по теме даже в тех случаях, когда клиент не делает запрос и не проявляет интереса.
2. **"Избыточность"** - консультант всегда сообщает больше, чем было заявлено в запросе.
3. **"Пошаговость"** - информация излагается от общего к частному, с обязательным пояснением, почему нужно делать так, а не по-другому. Достоверно описывает плюсы и минусы данной поведенческой тактики, необходимые затраты и требуемые ресурсы, а также все этапы от первого до последнего.
4. **"Полный спектр возможностей"** - последовательно излагается информация о различных существующих подходах и стратегиях решения проблемы.

Например: преодоление наркозависимости возможно при использовании одной из следующих стратегий:

1. Медикаментозное лечение: детоксикация + антоксоновая программа;
2. Индивидуальная психотерапия: детоксикация + индивидуальная работа с психотерапевтом;
3. Участие в программе 12-шагов;
4. Пребывание в религиозном реабилитационном центре и др.

- **"Минимум и максимум"** - консультант не всегда имеет возможность сообщить всю информацию. В этих случаях лучше, если консультант заранее выделит для

себя из каких блоков будет состоять максимальный и минимальный информационный набор, необходимый для разных типов клиентов.

- **“Реалистичность"** - информирование должно включать рассказ о существующем сервисе, т.е. услугах и помощи, которую можно получить, условиях получения этой помощи, включая оплату и последствия выбора того или иного сервиса.

11. Я - послания.

Обращенную речь можно разделить на две группы:
"Ты - послания" - практически всегда исходят из агрессивной либо пассивной позиции, т.е. не выражают личного и ответственного мнения говорящего, а интерпретируют действия или мысли собеседника.

Например: "Тебе все равно, что чувствуют окружающие, ты думаешь, только о себе". Такие фразы обычно вызывают протест, агрессию или желание оправдаться.

"Я - послания" - характеризуют уверенный (ассертивный) стиль поведения. Отражают личную позицию и ответственность за свои слова. Практически любую идею или чувства можно выразить в форме "Я - послания", которое состоит из трех компонентов:

1 - ый: описание собственных чувств,
2 - ой: ситуация, которая их вызвала,
3 - ий: почему возникли эти чувства.

Например: "Я чувствую обиду, когда ты не отвечаешь на мои вопросы, разворачиваешься и уходишь, потому что я воспринимаю это как равнодушие и игнорирование".

Консультанту лучше использовать "Я-послания", в том числе и для того, чтобы дать пациенту пример

высказывания своих переживаний без интерпретаций и "чтения" чужих мыслей.

12. Использование ресурсов пациента для решения его проблем.

Ресурсы пациента для решения его проблем - это его опыт, энергетический потенциал личности, способности к анализу, уровень образования. Каждый человек имеет ресурсы для решения возникающих перед ним проблем, однако, находясь под влиянием проблемы, человеку может быть трудно консолидировать и преобразовать имеющиеся ресурсы для решения задачи, стоящей перед ним в данный момент. Соответственно задачей консультанта является активировать и "научить" пациента использовать имеющиеся у него ресурсы. Очевидно, что наиболее трудно это будет сделать с пациентами: очень молодого возраста, с низким уровнем образования, с невысоким интеллектом, с недостаточно развитым абстрактно-логическим мышлением, на фоне острой психологической травмы. Но и в указанных случаях пациент обладает какими-то ресурсами и ему можно помочь эффективно их использовать.

Процесс актуализации ресурсов пациента можно структурировать:

1. Задается вопрос пациенту: "Возникали ли в Вашей жизни какие-нибудь проблемы, которые Вы успешно решали? Назовите несколько".
2. Из названных проблем выбирается какая-либо, которая хотя бы слегка напоминает текущую проблему (по тематике, по значимости) или решение которой было очень эффективным.
3. Задается серия наводящих вопросов, которые позволяют пациенту вычленить общие шаги решения проблемы: выработка стратегии, организация времени и пространства, в которых будет решаться проблема, анализ союзников и противников,

привлечение союзников и нейтрализация противников, поиск и использование возможной поддержки, способы преодоления "искушений" и нежелательных проявлений психологических защит и др.

4. Консультант обобщает результат предыдущей беседы и еще раз проговаривает выявленные способы решения проблем.

5. В ходе беседы ранее выявленные способы адаптируются для решения текущей проблемы.

6. Консультант мотивирует пациента применить на практике результаты беседы и укрепляет уверенность пациента в собственных силах.

Освоить эту тактику можно, попробовав провести разговор с кем-нибудь из близких.

Каким может быть слушание? Приемы слушания

Умение слушать и слышать - наиболее важное из качеств, которыми должен обладать консультант. Дать человеку возможность высказать свои мысли и чувства, выслушав его внимательно, с пониманием, не так просто, как может показаться на первый взгляд. Любой вид слушания, который использует консультант - это активный процесс, так как предполагает анализ вербальных и невербальных особенностей, выделение ключевых моментов и реагирование на них, выбор тактики и сохранение стратегии консультативной беседы.

Консультант может выбирать какой-либо вид слушания, подходящий для данного пациента и его ситуации и разумно сочетать различные виды слушания.

А) Нерефлексивное слушание является, по существу, простейшим приемом и заключается в умении поддерживать разговор молча или с минимальным вмешательством. Это активный процесс, требующий внимания.

Нерефлексивное слушание - это внимательное молчание или ограниченное количество вопросов, предоставляющее возможность человеку выговориться.
Иногда нерефлексивное слушание - это все, что необходимо от консультанта для поддержки пациента. В ходе "проговаривания" пациент формулирует свою проблему, осмысливает ее, и она, зачастую, перестает казаться для него неразрешимой.
В зависимости от ситуации, консультант может выразить понимание, одобрение и поддержку короткими фразами или междометиями. "Да!", "Это как?", "Понимаю Вас", "Конечно", - такие ответы приглашают человека высказываться свободно.
Реплики, которые можно использовать: "Угу", "Да?", "Можно ли поподробнее?", "Продолжайте".
Отражение чувств – пересказ эмоциональной составляющей сообщений клиента. Консультант пробует точно определить чувства, прислушиваясь к тому, как пациент говорит, учитывая, что иногда люди называют одни чувства, а испытывают при этом совершенно иные.
"Поддерживающее эхо" – повторение нескольких последних слов пациента, с тем, чтобы поддержать и стимулировать разговор.
"Смысловое эхо" (перефразирование) – повторение ключевых слов из высказывания для того, чтобы пациент сконцентрировал разговор в определенном направлении.
Нерефлексивное слушание больше всего подходит к эмоционально напряженным ситуациям. Люди, переживающие эмоциональный кризис, часто ищут "резонатора", а не советчика. Однако приема бывает недостаточно, если пациент стремится получить руководство к действию, когда у него нет желания говорить, или он боится быть непонятым, отвергнутым. В этих случаях используются другие приемы.

Б) Рефлексивное слушание. Может включать в себя активное слушание, обратную связь или отражение. Такой подход консультанта дает почувствовать пациенту, что его поняли. Это обеспечивается "обратной связью", то есть отправкой расшифрованного послания ему на подтверждение, что служит критерием точности восприятия услышанного. Этот прием помогает пациенту наиболее полно выразить свои чувства. Уметь слушать рефлексивно - значит расшифровывать смысл сообщений, выяснять их реальное значение. Множество слов в русском языке имеет несколько значений, поэтому важно правильно понять говорящего, выяснить то, что он хочет сообщить. Чем меньше уверенности в себе, тем больше ходит человек "вокруг да около", пока не перейдет к главному.

Возможные ошибки в **перефразировании:**

- Не нужно воспринимать перефразирование, как полное воспроизведение мыслей собеседника. Это должно быть краткое резюме, воспроизведение ключевых фраз.
- Не желательно перед пересказом применять одну и туже фразу (например, "Если я Вас правильно понял...") Не стоит слишком часто использовать перефразирование в беседе с пациентом, иначе у него возникнет иллюзия, что консультант полностью разделяет его точку зрения.

Возможные ошибки **при отражении чувств:**

При отражении чувств желательно отмечать, что это - лишь Ваше мнение ("Я думаю", "Вы чувчтвуете…""Мне кажется в этот момент Вы испытывали"...).

Отражение чувств должно быть уместным.

В) Эмпатическое слушание. Оно отличается от других способов слушания (нерефлексивного и рефлексивного слушания) только установкой, а не приемами.

Эмпатия - это понимание чувств, переживаемых другим человеком (будь то гнев, печаль или радость) и ответное выражение своего понимания этих чувств. Эмпатия, или сопереживание, проявляется в эмоциональной чуткости

к собеседнику.

Когда врач понимает пациента эмпатически, то есть во всей глубине переживаемых им чувств, он может выразить это словами (вербализовать).

Это называется **"отражением" или "эмпатической рефлексией".** Врач стремится, прежде всего, реагировать на личностно-значимую для пациента информацию (высказывания, указывающие на сильные чувства, касающиеся желаний и целей, имеющие отношение к его нормам, суждениям, стереотипам поведения). Это способствует тому, что, знакомясь со своими чувствами, выраженными в словесной форме, пациент

- чувствует, что врач понимает его и принимает его эмоции;
- может передать и изучить свою проблему во всех деталях.

"Отражающая" реплика должна быть конкретной и краткой, например:

"...и это Вас напугало (огорчило, рассердило)";

Если врач не уверен, что правильно понял пациента, можно включить в "отражающую" реплику оговорки, вроде: "Если я правильно понял...", "Не так ли?"

Внутренние установки врача, поддерживающие эмпатическое слушание

- **Принятие** - это готовность выслушать и принять другого. В работе вообще лучше избегать оценок и "ярлыков" в отношении пациента.

  Здесь важна установка на самоодобрение. Чем больше Вы приходите к внутреннему согласию с собой, тем меньше осуждаете других. Это не означает - не видеть своих недостатков, но приучает относиться к себе непредвзято и позитивно.
- **Понимание собственных чувств** дает возможность понимать чувства другого человека.

  Обычно пациенты безошибочно угадывают Ваш истинный настрой. Подмена эмпатии чисто внешней

технологией может иметь только обратный эффект, так как нет такой техники, которая могла бы заменить настоящее внимание к человеку.
При соблюдении названных условий пациент может более свободно и открыто говорить о своей ситуации, включая и те моменты, упоминать о которых он стесняется или опасается.

Г) Системное слушание - целенаправленное взаимодействие, имеющее целью понимание
и проявление уважения к личности собеседника.
В процессе системного слушания консультант использует как приемы нерефлексивного слушания, так и приемы рефлексивного и эмпатического слушания.
Правила системного слушания.
1. Партнерство собеседников, отказ от директивной или авторитарной манеры ведения беседы;
2. Сосредоточение на партнере по диалогу, временное "отключение" от своих желаний и интересов;
3. Отказ от оценок (позитивных и негативных);
4. Признание независимости и автономии собеседника;
5. Удовлетворение потребности человека быть выслушанным.

Какие вопросы можно задавать при консультировании?

Когда Вы задаёте кому-либо вопрос, у человека нет выбора, отвечать или нет. Он может не ответить вслух, но внутренне он обязательно ответит на заданный вопрос.

По содержанию вопросы можно разделить на:

1. **Информационные вопросы** - дают возможность передать и получить нужную информацию. Используется два вида таких вопросов:

- "**предположительный вопрос**" - "Вам не кажется, что некоторые люди с предубеждением относятся к потребителям наркотиков?" Здесь важен тон вопроса.

- "**утвердительный вопрос**" - "Знание приемов первой помощи при передозировке многим спасло жизнь. Как Вы считаете, Вам важно знать о способах оказания первой помощи?"
  "Передозировка может случиться с каждым. Вы сможете позаботиться о друзьях?"
  Сначала делается утверждение, а потом задается вопрос. В момент ответа на вопрос собеседник вынужден согласиться с предшествующим утверждением. Неважно, ответит человек "да" или "нет", он усваивает предшествующую информацию некритически.

  2. Фокусирующие вопросы - заставляют собеседника задуматься о последствиях некоторых его действий или решений. Например: "Какие преимущества может дать Вам изменение поведения?"

  3. Наводящие вопросы - могут использоваться с целью снижения чрезмерного беспокойства клиента до приемлемого уровня. В диалоге это может выглядеть так:
- Вы говорите, что Вас заставило обратиться Ваше постоянное беспокойство. О чем Вы волнуетесь больше всего?
- О том, что я заболею СПИДом.
- Что тревожит Вас больше всего, когда Вы думаете о СПИДе?

  4. Вопросы, заполняющие молчание - ими можно заполнить неловкую паузу или придать разговору новое направление: "О чем Вы хотите меня спросить?"

  5. Проблемные вопросы. Способствуют актуализации проблемы: "Что наиболее трудно для Вас?", "Какая из описанных Вами ситуаций вызывает большее беспокойство?"

  Все вышеперечисленные вопросы должны быть целенаправленными. Когда консультант спрашивает о фактах, чувствах, обстоятельствах, он, тем самым, побуждает пациента к рефлексии, к более глубокому проникновению в сущность проблемы. Вопросы

структурируют восприятие окружающего, дают некоторую, хотя бы и временную, опору.

Вопросы можно разделить по форме на:

- **открытые вопросы**

  Это вопросы, предполагающие развернутый, а не односложный ответ. Хотя, при отсутствии желания поддерживать разговор, на любой вопрос можно ответить односложно.

  Они начинаются, как правило, с вопросительного местоимения: что, как, почему, когда, где. "Как Вы себя чувствуете в такие моменты?" "Можете ли Вы рассказать об этом подробнее?" - тоже открытый вопрос.

  Задавая открытый вопрос, врач оставляет возможность пациенту самому определить форму и содержание ответа. Пациент может своими словами рассказать о том, что его волнует. Открытые вопросы предпочтительнее задавать в начале разговора, при смене его темы или, если Вы хотите больше узнать о чувствах консультируемого, если беседа застопорилась, пациент не решается или не может заговорить о своей проблеме.

  Однако вопросы, начинающиеся с "Почему?" и "Зачем?" следует использовать с осторожность, так как часть пациентов воспринимает их как допрашивание или обвинение в необдуманности поведения. Компенсировать такое восприятие помогают более мягкие интонации. Так же можно использовать другие формулировки, выясняющие причины: "Что именно повлияло на Ваше решение?" "Видимо были причины, заставившие Вас поступить именно так?"

- **закрытые вопросы**

  Они определяет форму и содержание ответа. Пациент ограничен их рамками.

  Крайнее выражение закрытого вопроса - альтернативный вопрос, когда пациенту остается выбирать лишь между двумя вариантами ответа: "да" или "нет".

  Закрытый вопрос может понадобиться для того, чтобы

получить определенную информацию от пациента, или для того, чтобы привести его в равновесие после волнения, испытанного им во время рассказа.

Например: "Вы считаете, что родные не должны препятствовать вашему желанию дальше употреблять наркотики?"

Закрытый вопрос неуместен, если врач хочет узнать мнение собеседника о чем-либо, о его чувствах. Это особенно неприемлемо при общении с "неразговорчивыми" пациентами, склонными к односложным ответам (тем более, что такой пациент и на открытые вопросы будет стараться дать односложный ответ).

Задавая закрытый вопрос, необходимо отдавать себе отчет в том, что тем самым Вы определяете дальнейший ход беседы, быть может, отличный от того, как это представлялось пациенту. Это инструмент, которым следует пользоваться с большой осторожностью. Кроме того, нужно следить за тем, чтобы закрытые вопросы не превратились в наводящие вопросы, которые еще больше ограничивают свободу пациента.

- **суггестивные (наводящие) вопросы.**

  Это, по сути, ответы, выраженные в форме вопросов. Ответ уже содержится в вопросе, пациент максимально органичен в своей свободе самовыражения. Функциональный смысл суггестивных вопросов сводится к подтверждению предположений врача. "Вы считаете себя некрасивой, потому что никто за Вами не ухаживает?", "Вы, конечно, боитесь, что Ваши родители осудят Вас, узнав, что Вы заразились трихомониазом?"

  В большинстве случаев от суггестивных вопросов лучше воздерживаться. Однако, в некоторых случаях, они могут быть необходимы.

Что может помешать эффективному консультированию?

Стереотипы слушателя:

1. "Включение - выключение".

Каждая минута выслушивания может быть условно разделена на четыре равные части. Как правило, слушатель для того, чтобы вникнуть в смысл слов говорящего, тратит 3 части этого времени, а оставшееся время иногда использует на мысли о личных делах, беспокойствах и неприятностях, вместо того, чтобы услышать, что хочет сказать говорящий.

2. "Красный флаг".

Некоторые люди эмоционально реагируют на определенные слова. Когда они слышат эти слова, то выходят из душевного равновесия и перестают слушать. Часто это происходит не осознанно.

3. "Открытые уши - закрытый ум".

Иногда довольно скоро слушатель решает, что или предмет беседы, или говорящий скучен, и что сказанное не имеет значения или все важное уже прозвучало. Консультант может делать поспешное заключение, о чем будет говориться дальше, и поэтому решает, что нет смысла слушать, поскольку не услышит ничего нового. Но, конечно, гораздо лучше все-таки послушать и проверить, так это или нет.

4. "Усложнение"

Иногда консультанту может казаться, что в словах пациента есть более значимый, скрытый смысл. Консультант погружается в поиски этого скрытого смысла, обдумывает следующий вопрос к пациенту и стратегию беседы. Тем временем пациент продолжает говорить, и то, что он говорит, может быть упущено консультантом. Лучше внимательно слушать пациента и задавать уточняющие вопросы.

5. "Влияние принципов"

Многие люди не склонны подвергать сомнению свои взгляды и суждения. Поэтому, когда некто произносит

нечто такое, что идет вразрез с мыслями и убеждениями слушателя, последний бессознательно перестаёт слушать и даже начинает защищаться. Если человек уже готов поступить именно так, ему лучше все-таки выслушать и принять другую точку зрения, с тем чтобы наилучшим образом понять и ответить на нее.

6. "Концентрация на предмете, а не на говорящем".

Следует охватить все послание своего клиента целиком. Если слишком много внимания уделяется особенностям изложения, есть вероятность пропустить важную часть послания или не понять его значения адекватно.

7. "Не совсем понятно"

Когда человек выслушивает идеи или мысли, которые кажутся ему очень сложными или путают, ему приходится заставлять себя не упускать нить разговора и прикладывать усилия, чтобы понять суть. Иногда даже процесс понимания первой фразы мешает услышать следующую. Кроме того, попытки понять смысл обращенной речи утомительны и через некоторое время вызывают раздражение у многих людей. Состояние раздражения само по себе является барьером на пути слушания и восприятия.

Чтобы избежать этой ошибки, можно задавать уточняющие вопросы сразу, как только возникло недопонимание. Консультанту лучше избегать научных терминов, сложных оборотов речи и длинных предложений.

8. Помехи.

Существует довольно много помех, которые улавливаются при слушании - шум, движения людей, которые отвлекают внимание. На практике необходимо исключить влияние этих помех (подробнее в разделе "Окружающее пространство") или "выключить" свое реагирование на них. Тогда удастся сосредоточиться на том, что говорит клиент.

Ошибки при проведении консультирования

Принципы консультирования легко заучить, но нелегко применять на практике. Из-за этого консультанты и совершают ошибки. Ниже приводятся некоторые из наиболее часто встречающихся ошибок:

- Контроль, а не поощрение спонтанного выражения пациентом своих чувств и потребностей.
- Осуждение, которое звучит в высказываниях и означает, что пациент не отвечает требованиям консультанта.
- Чтение морали, проповедей, выражение чрезмерной опеки - поучения, как вести себя или как жить.
- Навешивание ярлыков вместо попыток выяснить мотивы, страхи и тревоги пациента.
- Необоснованное успокаивание - попытка внушить необоснованный оптимизм, недооценивая сложность проблемы в понимании пациента.
- Неприятие чувств пациента - заявления, что его чувства должны быть другими.
- Предоставление советов либо слишком рано, либо до того, как пациент получил достаточно информации, чтобы принять собственное решение.
- "Допрашивание" - задавание вопросов обвинительным тоном. Вопросы "Почему?" могут восприниматься как обвинение.
- Поощрение зависимости - усиление потребности пациента в присутствии и руководстве консультирующего.
- Лесть - убеждение пациента принять новый тип поведения при помощи комплиментов или обмана.

Как можно провести консультирование? ("Пятишаговая модель интервью").

А.Е. Айви, М.Б. Айви и Л. Саймэк-Даунинг сделали предположение, что большинство методов психологии и психотерапии может базироваться на пятишаговой модели принятия решений. Ими было доказано, что данная модель работает как в "терапии взаимопонимания", так и в "поведенческих тренингах".

Она основана на теории принятия решения Бенджамина Франклина. Бенджамин Франклин был одним из первых ученых, который систематизировал теорию принятия решения. Он считал, что для достижения успешного результата необходимо, чтобы были разграничены:

- проблема, которая должна быть решена,
- перечень возможных подходов к ней,
- баланс позитивных и негативных последствий любого решения.

Систематизированная Пятишаговая модель, коротко описанная в таблице, основана на пунктах, разработанных Б. Франклином, и переработана в соответствии с современными моделями творческого принятия решений.

Стадия	Функции и цели стадии	Культурные и индивидуальные проблемы
Взаимопонимание/ структурирование. "Привет!"	Построить прочный союз с клиентом. Добиться, чтобы он чувствовал себя психологически комфортно. Структурирование может быть необходимо для объяснения целей интервью. Определенная структура помогает не отвлекаться от главной задачи, а также дает клиенту информацию о возможностях консультирующего.	С некоторыми личностями и некоторыми социально-культурными слоями процесс достижения взаимопонимания может стать довольно длительным. Методы раппорта варьируются в зависимости от индивидуальных и культурных особенностей.
Сбор информации. Выделение проблемы. Идентификации потенциальных возможностей клиента. "В чем проблема?"	Определить, зачем клиент пришел на консультацию и как он видит свою проблему. Умелое определение проблемы поможет избежать бесцельного разговора, задает направление беседы. Необходимо четко уяснить позитивные возможности клиента.	Не все клиенты воспринимают тщательное вычленение проблемы, типичное для психологов, ориентированных на средний класс. Однако после того, как цели клиента четко поняты, следует вернуться к определению проблемы.

Стадия	Функции и цели стадии	Культурные и индивидуальные проблемы
Желаемый результат. К чему хочет прийти клиент? "Чего Вы хотите добиться?"	Определите идеал клиента. Каким бы он хотел стать? Что произойдет, когда проблемы будут решены? (Это информирует психолога о том, чего хочет клиент). Желаемое направление действий клиента и психолога должно быть разумно согласовано. С некоторыми клиентами необходимо, опустив 2-ю стадию, выделить сначала цели.	Если проблема ясна и конкретна, рекомендации могут быть даны немедленно. Некоторые социально-культурные группы или отдельные индивиды предпочитают начинать прямо отсюда.
Выработка альтернативных решений. "Что еще мы можем сделать по этому поводу?"	Поработать с разными вариантами решения данной проблемы. Это подразумевает творческий характер подхода к данной задаче, поиск альтернатив во избежание ригидности и выбор среди этих альтернатив. Данный этап может включать длительное исследование личностной динамики. Эта фаза интервью может быть самой продолжительной.	Очень важно учитывать индивидуальные и культурные различия при выработке вариантов решений. То, что является "правильным решением" с Вашей точки зрения, может оказаться совершенно неприемлемым для другого. С некоторыми группами предпочтителен директивный стиль рекомендаций.
Обобщение. Переход от обучения к действию. "Вы будете это делать?"	Способствовать изменению мыслей, действий и чувств в повседневной жизни клиента. Многие клиенты после интервью ничего не делают, чтобы изменить свое поведение, оставаясь на своих прежний позициях.	Степень обобщения сильно зависит от того, насколько полно Вы учитывали индивидуальные и культурные различия на разных стадиях интервью.

Пятишаговая модель консультирования является универсальной, т.е. может быть применена как для индивидуального, так и группового консультирования, в частности при консультировании до и после теста на ВИЧ. Включение в консультирование всех этих пяти шагов, хотя и может показаться достаточно сложным, на начальных этапах работы, но будет способствовать достижению основной цели.

Консультирование до и после теста на ВИЧ проводится для принятия решения об изменении поведения, т.е. не должно подменяться эпидемиологическим расследованием, формальным получением информированного согласия,

"чистым" информированием. Очевидно, что в большинстве случаев одной консультации может быть не достаточно, для того, чтобы пациент, полностью и навсегда, изменил свое поведение на безопасное. Однако даже одна консультация, проведенная правильно, может запустить процесс принятия решения изменить свое поведение.

Содержательное наполнение и процессуальные характеристики в консультировании должны быть сбалансированы, в противном случае пострадает качество, и консультация окажется неэффективной.

Например: если стадия "Сбор информации" проводится в авторитарной манере с излишней детализацией и неоправданно затянута, то консультирование приобретает характеристики допроса.

Приведенные ниже таблицы представляют собой возможный вариант структурирования процесса консультирования в связи с тестированием на ВИЧ в формате "Пятишаговой модели".

Дотестовое консультирование

Что делаем?	Зачем нужен этот этап?	Как может действовать консультант?	Результат, который должен получиться
1. Этап "Приветствие"	Чтобы создать комфортную и доверительную атмосферу, чтобы мотивировать пациента к осознанному решению вступить в процесс консультирования.	**1.** Можно встать навстречу человеку и подбодрить его словами типа: *"Проходите, пожалуйста", "Усаживайтесь удобнее".* После первых минут контакта с пациентом рекомендуется предоставить ему паузу для того, чтобы он мог собраться с мыслями и оглядеться. После паузы можно сказать клиенту: *"Давайте познакомимся. Как мне Вас называть?"* После этого необходимо представиться самому. 2. Консультант предоставляет пациенту максимум информации о процессе консультирования, а именно: об основных целях консультирования, о приблизительной продолжительности консультирования *(Например: "Наша*	Устанавливается начальный уровень доверия между пациентом и консультантом. Клиент принимает осознанное решение о своем вступлении в процесс консультирования

		беседа займет какое-то время, поэтому мне хотелось бы узнать, каким временем Вы располагаете?"), о целесообразности консультирования в данной ситуации, о границах конфиденциальности, о статусе (границах компетентности) консультанта	
2. Этап "Сбор информации"*	Чтобы предоставить пациенту необходимую и понятную информацию по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД, чтобы пациент осознал имеющиеся у него поведенческие риски, увеличивающие вероятность инфицирования ВИЧ.	**1.** Консультанту необходимо помнить, что любому человеку независимо от возраста, пола и образа жизни сложно обсуждать и признавать риски в собственном поведении. **2.** Консультанту важно сохранять нейтральный тон разговора (избегать оценок, "допроса", авторитарности). В противном случае у клиента активизируются барьеры и фильтры восприятия, а также психологические защиты, которые воспрепятствуют принятию информации и осознанию собственных рисков. В дальнейшем протестная реакция на консультанта и все его слова может свести к нулю вероятность изменения поведения на более безопасное. **3.** На этом этапе консультанту нужно обсуждать следующие вопросы: 1. Выяснить причины, по которым пациент хочет сдать тест. 2. Информировать пациента о процедуре тестирования на ВИЧ (суть методики тестирования, как именно проводиться процедура, когда будут готовы результаты, как их можно получить). 3. Выяснить уровень информированности по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД. 4. Информировать пациента по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД. 5. Оценить вместе с пациентом его личный риск.	Пациент владеет основной информацией о ВИЧ. Пациент понимает, были ли в его жизни риски, связанные с инфицирование ВИЧ.

* - Данный этап является основным в дотестовом консультировании. Длительность этапа может достигать 50% продолжительности консультации.

3. Этап "Желаемый результат"	Чтобы понять, что на самом деле беспокоит пациента в контексте ВИЧ-инфекции,	**1.** Консультанту важно выяснить, что конкретно волнует пациента. Например, как избежать сексуальных контактов с женой до получения результатов анализа, не вызывая подозрений. Именно на этом этапе клиент может заявить о "настоящей", актуальной для	Пациент осознал и сформулировал проблему (если она есть). Пациент знает, какие существуют

	чтобы мотивировать пациента к сохранению здоровья в условиях развития эпидемии ВИЧ/СПИД.	него проблеме. Важно, чтобы консультант не игнорировал заявленную проблему, даже в тех случаях, когда она является "чисто" психологической, на первый взгляд выходит за тему консультации, выглядит незначительной. Потому что, помогая пациенту разобраться с его проблемой, консультант делает информацию о ВИЧ более актуальной, демонстрирует, что пациент для него значим, устанавливает связь между решением проблемы и безопасным поведением. **2.** Консультант подготавливает пациента к обсуждению личного плана снижения риска инфицирования ВИЧ. 1. Резюмирует выявленные риски. 2. Формулирует вывод о желательности изменений в поведении, чтобы снизить риск инфицирования в дальнейшем. 3. Обсуждает, готов ли клиент изменить свое поведение, чтобы снизить вероятность инфицирования. 4. Предоставляет пациенту необходимую для изменения поведения информацию (снабжает знаниями, обучает навыкам).	способы защиты от инфицирования. Пациент готов обсуждать план снижения личного риска.
4. Этап "Альтернативные варианты"*	Чтобы помочь пациенту самостоятельно определить возможности снижения личного риска инфицирования.	**1.** Консультанту важно поощрять пациента к самостоятельному поиску конкретных шагов/изменений в своем поведении, необходимых для снижения риска. Это связанно с тем, что человеку проще исполнять самый нелепый, но свой план, чем навязанный сверху. **2.** Предполагаемые изменения должны быть сформулированы и представлены в виде последовательного, доступного, понятного и конкретного плана. Кроме того, лучше, если планируемые изменения будут разделены на этапы (каждый из этапов будет достижим для этого конкретного человека) и способствовать безопасности. Например, женщина, зарабатывающая секс-бизнесом, обычно не использует презервативы. Задача консультанта состоит не в том, чтобы отговорить её и дальше торговать своим телом, а в том, чтобы снизить риск инфицирования в имеющейся жизненной ситуации. НЕреальный план - это	Пациент совместно с консультантом составил реалистичный и достижимый план снижения личного риска инфицирования ВИЧ.

		торжественное обещание больше никогда не допускать секса без презерватива. А реальный план состоит из следующих этапов: у пациентки всегда есть при себе разные презервативы, она хорошо умеет ими пользоваться, может предложить использование презервативов своим клиентам и всегда предлагает их использовать. Врач, обсуждая план действий, помнит, что пациентка будет выполнять только те договоренности, которые не будут способствовать снижению ее доходов и не приведут к насилию со стороны клиентов и сутенеров. **3.** Консультант должен помочь пациенту осознать трудности, которые могут возникнуть в ходе реализации разработанного плана, и пути их преодоления. Так как для успешного претворения в жизнь любого плана человеку желательно быть готовым к возможным трудностям. Для этого можно: 1. Разработать совместно с пациентом несколько вариантов (стратегий) снижения риска. 2. Обсудить плюсы и минусы каждого из вариантов и его реалистичность. 3. Выбрать наиболее подходящий вариант и проработать его более детально, превратив в личный план снижение риска инфицирования ВИЧ, учитывая индивидуальные особенности пациента и его образ жизни. 4. Обсудить возможность реализации и реалистичность личного плана снижения риска и трудностей, которые могут возникнуть в процессе. 5. Обсудить пошаговую стратегию и тактику достижения.	

* - данный этап позволяет "приблизить теорию к практике".
** - В случае дефицита времени консультант может отказаться от этого этапа, заменив его кратким повторением основных способов защиты от инфицирования ВИЧ, в этом случае можно переадресовать пациента на прием к консультанту, работающему с изменением поведения.

5.Этап "Экологическая проверка"	Чтобы убедиться в адекватности принятых планов и стимулировать пациента начать изменения.	Резюмировать основные пункты плана снижения риска. Уточнить собирается ли пациент это делать. Когда именно он/она собирается начать? От чего это зависит? Если эти условия не возникнут, что будет тогда? Если в ходе обсуждения становится понятно, что выработанный план вряд ли реализуется консультанту необходимо вернуться на предыдущий этап и выработать более подходящий план снижения риска.	Достигнуты договоренности о сроках и условиях первых попыток реализации плана снижения личного риска.

!!! В условиях дефицита времени консультант может пожертвовать этапом "экологическая проверка" и свести к информированию "выработку альтернативных решений" (т.е. резюмировав риски пациента, сообщить ему о стандартных способах их избегания). При таком подходе особенно важно провести этому клиенту послетестовое консультирование вне зависимости от полученного результата.

5.Этап "Экологическая проверка"	Чтобы пациент принял решение относительно тестирования.	У консультанта нет цели - заставить пациента сдавать тест. Если пациент принимает решение, что он не будет сдавать тест - это не означает, что его плохо проконсультировали. Это означает, что сейчас он не готов сдать тест, но наверняка будет обдумывать полученную информацию, включая возможность изменения поведения на более безопасное. Что может делать консультант: Спросить пациента, будет ли он сдавать тест. Если пациент согласен на прохождение тестирования, обьяснить ему как и когда он может это сделать (назначить конкретный день и час). Обьясните, когда и где он может получить результат теста. Дайте пациенту понять, что он может прийти к Вам на повторную консультацию. Проинформируйте его о расписание Вашей работы.	Пациент дал информированное согласие на тестирование либо отказался от него.

Послетестовое консультирование при отрицательном результате.

При сообщении отрицательного результата и дальнейшей беседе с этим пациентом консультанту важно помнить, что эта информация вызывает эйфорический эффект, который "работает" как барьер на пути восприятия дальнейшей информации. Окрыленный услышанной радостной новостью, пациент, возможно, почти сразу забудет о тех договоренностях, которые Вы с ним достигли на предыдущем этапе (или во время дотестового консультирования). Это значит, что в этот момент наш пациент теряет мотивацию вести с консультантом дальнейшую беседу про ВИЧ. Пациент может либо не воспринимать слова консультанта, потому что будет поглощен радостной новостью, будет считать, что ему не нужен дальнейший разговор, так как с ним и так все в порядке. Кроме того, попытки консультанта актуализировать тему могут вызывать раздражение.

Последствия же и тех и других мыслей печальны, т.е. выйдя из кабинета консультанта, наш пациент будет продолжать жить своей прежней жизнью. С другой стороны целью консультанта не является развитие СПИДофобии у данного пациента, поэтому при актуализации проблемы ВИЧ-инфекции имеет смысл с осторожностью стимулировать тревогу и принижение достоверности данного результата в связи с наличие в этот момент периода "окна". Соблюдая разумный баланс, консультант может добиться основной цели этого консультирования - изменение поведения на более безопасное.

Что делаем?	Зачем нужен этот этап?	Как может действовать консультант?	Результат, который должен получиться
1. Этап "Приветствие" / установление контакта.*	Чтобы создать комфортную и доверительную атмосферу, чтобы мотивировать пациента к осознанному решению вступить в процесс консультирования.	**1.** Можно встать навстречу человеку и подбодрить его словами типа: "Проходите, пожалуйста", "Усаживайтесь удобнее". После первых минут контакта с пациентом рекомендуется предоставить ему паузу для того, чтобы он мог собраться с мыслями и оглядеться. После паузы можно сказать клиенту: "Давайте познакомимся. Как мне вас называть?" После этого необходимо представиться самому. **2.** Консультант предоставляет пациенту максимум информации о процессе консультирования, а именно: об основных целях консультирования, о приблизительной продолжительности консультирования (Например: "Наша беседа займет какое-то время, поэтому мне хотелось бы узнать, каким временем Вы располагаете?"), о целесообразности консультирования в данной ситуации, о границах конфиденциальности, о статусе (границах компетентности) консультанта. **3.** Консультант выясняет у пациента, проводилось ли дотестовое консультирование (эта информация важна для консультанта, так как от этого будет зависеть информационное наполнение дальнейших этапов).	Устанавливается начальный уровень доверия между пациентом и консультантом. Пациент принимает осознанное решение о своем вступлении в процесс консультирования.

* Если послетестовое консультирование проводит тот же специалист, процесс установления контакта может занимать меньше времени, и предоставление информации о процессе консультирования может проходить без повторения информации, сообщенной при предыдущей встрече.

2. Этап "Сбор информации"*	Чтобы сообщить пациенту результат теста, чтобы напомнить/предоставить пациенту необходимую и понятную информацию по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД, чтобы пациент осознал связь между практикуемым рискованным поведением и вероятностью инфицирования ВИЧ.	1. Процесс сообщения результата не должен быть эмоционально окрашен. Сообщая результат, консультант не должен ни радоваться, ни демонстрировать сомнение, ни делать прогнозы об изменении или сохранении результата в будущем. 2. Консультанту необходимо помнить, что любому человеку независимо от возраста, пола и образа жизни сложно обсуждать и признавать риски в собственном поведении. 3. Консультанту важно сохранять нейтральный тон разговора (избегать оценок, "допроса", авторитарности). В противном случае у клиента активизируются барьеры и фильтры восприятия, а так же психологические защиты, которые воспрепятствуют принятию информации и осознанию собственных рисков. В дальнейшем протестная реакция на консультанта и все его слова может свести к нулю вероятность изменения поведения на более безопасное. 4. На этом этапе консультанту нужно обсуждать следующие вопросы: 1. Пояснить значение полученного пациентом результата тестирования (напомнить пациенту о сути тестирования, о том, что тест не ищет сам вирус, а только антитела к нему и периоде "окна"). 2. Напомнить основную информацию о ВИЧ. 3. Вспомнить и оценить вместе с пациентом его личный риск: ситуации опасные в плане заражения ВИЧ и их давность. 4. Сделать вывод о степени целесообразности повторного тестирования.	Пациент знает результат своего теста и понимает его значение. Пациент владеет основной информацией о ВИЧ. Пациент понимает, была ли в его жизни вероятность инфицирования ВИЧ и существует ли необходимость повторного тестирования.

* - степень подробности обсуждения зависит от того было ли проведено дотестовое консультирование и его качества.

3. Этап "Желаемый результат"*	чтобы понять, что беспокоит пациента после получения результатов теста.	1. Консультанту важно выяснить, что конкретно волнует пациента на данном этапе, т. е. после получения результата тестирования. Именно на этом этапе клиент может заявить о "настоящей", актуальной для него проблеме. Важно, чтобы консультант не игнорировал заявленную проблему, даже в тех случаях, когда она является "чисто" психологической, на первый взгляд выходит за тему консультации, выглядит незначительной или мало связана с полученным результатом теста. Потому что, помогая пациенту разобраться с его проблемой, консультант делает информацию о ВИЧ более актуальной, демонстрирует, что пациент	Пациент осознал и сформулировал проблему (если она есть). Пациент знает какие существуют способы зашиты от инфицирования.

3. Этап "Желаемый результат"*	Чтобы мотивировать пациента к сохранению здоровья в условиях развития эпидемии ВИЧ/СПИД.	для него значим, устанавливает связь между решением проблемы и безопасным поведением. **2.** Консультант подготавливает пациента к обсуждению реализации, разработанного ранее личного плана снижения риска инфицирования ВИЧ: 1. Резюмирует выявленные риски, в контексте "периода окна". 2. Формулирует вывод о желательности изменений в поведении, чтобы снизить риск инфицирования в дальнейшем. 3. Обсуждает, начал ли пациент практиковать новые формы поведения, о которых шла речь на предыдущей консультации, чтобы снизить вероятность инфицирования.	Пациент готов обсуждать план снижения личного риска и возможности его реализации.

* если дотестовое консультирование не проводилось, то этап проходит так, как описано в таблице по процессу дотестового консультирования.

4. Этап "Альтернативные варианты"*	Чтобы помочь пациенту самостоятельно определить возможности снижения личного риска инфицирования в будущем. чтобы помочь пациенту определить, насколько ему необходимо повторное тестирование.	**1.** Консультант уточняет начал ли пациент реализовывать план снижения личного риска инфицирования, выработанный на прошлой консультации. Если нет, то почему? Возникли ли трудности в процессе реализации этого плана, какие? Совместно с пациентом обсуждают пути преодоления этих трудностей и если необходимо разрабатывают альтернативный план. **2.** Консультант должен помочь пациенту осознать трудности, которые могут возникнуть в ходе дальнейшей реализации разработанного плана, и пути их преодоления. А также помочь проанализировать уже возникшие препятствия на пути реализации плана, степень их значимости и пути преодоления. **3.** Если пациент не решается начать изменения, то консультанту следует сосредоточить свои усилия на обсуждении причин, которые его останавливают, условий необходимых для первой попытки и того, как эти условия можно создать. **4.** Консультанту не следует настаивать на реализации выработанного ранее плана, если пациенту он теперь кажется не реалистичным, даже если консультант считает его чрезвычайно удачным. Лучше перейти к разработке альтернативного плана. **5.** Консультанту важно поощрять пациента к самостоятельному поиску новых конкретных шагов/изменений в своем поведении, необходимых для	Пациент совместно с консультантом составил реалистичный и достижимый план снижения личного риска инфицирования ВИЧ. Пациент принял решение о том, будет ли он проходить повторный тест.

		снижения риска. Это связанно с тем, что человеку проще исполнять самый нелепый, но свой план, чем навязанный сверху. **6.** Предполагаемые изменения должны быть сформулированы и представлены в виде последовательного, доступного, понятного и конкретного плана. Кроме того, лучше, если планируемые изменения будут разделены на этапы (каждый из этапов будет достижим для этого конкретного человека) и способствовать безопасности. **7.** Обсуждая пошаговую стратегию и тактику достижения желательных изменений, консультант уточняет степень целесообразности и сроки повторного тестирования.	

* - данный этап является основным в послетестовом консультировании. Его продолжительность может составлять до 50-60% от общего времени консультации. Если дотестовое консультирование не проводилось, то этап проходит так как описано в таблице по процессу по дотестового консультирования.

5. Этап "Эколо-гическая провер-ка"	Чтобы убедиться в адекватности принятых планов и стимулировать пациента начать изменения.	Резюмировать основные пункты плана снижения риска. Уточнить собирается ли пациент это делать. Когда именно он/она собирается начать? От чего это зависит? Если эти условия не возникнут, что будет тогда? Если в ходе обсуждения становится понятно, что выработанный план вряд ли реализуется, консультанту необходимо вернуться на предыдущий этап и выработать боле подходящий план снижения риска.	Достигнуты договоренности о сроках и условия первых попыток реализации плана снижения личного риска.
6. Этап "Завер-шение"	Чтобы пси-хологически комфортно завершить консульта-тивный процесс.	У консультанта нет цели - заставить пациента сдавать повторный тест, даже в тех случаях, когда первый тест был сдан слишком рано, до наработки достаточ-ного количества антител. Если пациент принимает решение, что он не будет сдавать повторный тест это не означает, что его плохо проконсультировали. Это означает, что сейчас он не готов сдать тест, но наверняка будет обдумывать полученную информацию, включая возможность изменения поведения на более безопасное. Что может делать консультант: Дайте пациенту понять, что он может прийти к вам на повторную консультацию. Проинформируйте его о расписании вашей работы. Сообщите, где ещё пациент может получать информацию о ВИЧ и по сопутствующим темам.	Пациент не испытывает необоснованных страхов и тревоги относительно ВИЧ-инфекции. Пациент знает о том, где в случае необходимости получить информацию о ВИЧ-инфекции.

Послетестовое консультирование при неопределенном результате.

При сообщении неопределенного результата и дальнейшей беседе с этим пациентом консультанту важно помнить, что отсутствие определенности является травмирующим и тревожным фактором. Это значит, что в этот момент вектор восприятия пациента будет направлен на поиски ответа на вопрос "Почему так получилось? Что будет дальше?". В этой ситуации важно пояснить возможные причины, но избегать ориентирования на определенный результат. В тоже время уровень мотивация пациента на получение информации и анализ рисков может быть как высоким, так и очень низким, в зависимости от личностных особенностей пациента и актуальных для него психологических защит. Но в данном виде консультирования изменение поведения пациента на более безопасное, хотя бы в период ожидания окончательного результата теста, является одной из основных задач.

Что делаем?	Зачем нужен этот этап?	Как может действовать консультант?	Результат, который должен получиться
1. Этап "Приветствие" / установление контакта.*	Чтобы создать комфортную и доверительную атмосферу, чтобы мотивировать пациента к осознанному решению вступить в процесс консультирования.	**1.** Можно встать навстречу человеку и подбодрить его словами типа: "Проходите, пожалуйста", "Усаживайтесь удобнее". После первых минут контакта с пациентом рекомендуется предоставить ему паузу для того, чтобы он мог собраться с мыслями и оглядеться. После паузы можно сказать клиенту: "Давайте познакомимся. Как мне вас называть?" После этого необходимо представиться самому. **2.** Консультант предоставляет пациенту максимум информации о процессе консультирования, а именно: об основных целях консультирования, о приблизительной продолжительности консультирования (Например: "Наша беседа займет какое-то время, поэтому мне хотелось бы узнать, каким временем Вы располагаете?"), о целесообразности консультирования в данной ситуации, о границах конфиденциальности, о статусе (границах компетентности) консультанта.	Устанавливается начальный уровень доверия между пациентом и консультантом. Пациент принимает осознанное решение о своем вступлении в процесс консультирования.

		3. Консультант выясняет у пациента, проводилось ли дотестовое консультирование (эта информация важна для консультанта, так как от этого будет зависеть информационное наполнение дальнейших этапов).	

* Если послетестовое консультирование проводит тот же специалист, процесс установления контакта может занимать меньше времени, и предоставление информации о процессе консультирования может проходить без повторения информации, сообщенной при предыдущей встрече.

2.Этап "Сбор информации" *	Чтобы сообщить пациенту результат теста, чтобы обсудить с пациентом возможные причины неопределенного результата и дальнейшие действия консультанта, чтобы напомнить/предоставить пациенту необходимую и понятную информацию по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД. чтобы пациент осознал связь между практикуемым рискованным поведением и вероятностью инфицирования ВИЧ.	**1.** Процесс сообщения результата не должен быть эмоционально окрашен. Сообщая результат, консультанту важно сохранять нейтральный тон, потому что понимание и принятие неопределенного результата психологически сложный процесс и пациенту предстоит тягостный период ожидания повторного тестирования. **2.** Обсуждая возможные причины получения неопределенного результата необходимо изложить все возможные варианты ясно и четко. При этом консультант не должен делать предсказания о том, как именно измениться неопределенный результат у данного пациента. Не стоит, желая успокоить пациента, высказывать версии о высокой вероятности лабораторной ошибки. Не нужно говорить об уникальности и редкости сложившейся ситуации, так как это может усилить тревогу пациента. Сразу после изложения причин возникновения неопределенного результата консультанту необходимо пояснить, какие действия будут предприняты для того чтобы получить однозначный результат тестирования. Консультанту необходимо быть готовым оказать пациенту психологическую поддержку. **3.** Обсудить основные вопросы, касающиеся ВИЧ-инфекции. На этом этапе консультанту нужно обсуждать следующие вопросы: 1. Пояснить значение полученного пациентом результата тестирования (напомнить пациенту о сути тестирования, о том, что тест не ищет сам вирус, а только антитела к нему и периоде "окна"). 2. Напомнить основную информацию о ВИЧ. 3. Вспомнить и оценить вместе с пациентом его личный риск:	Пациент знает результат своего теста и понимает его значение. Пациент знает в каких ситуациях может возникать неопределенный результат теста и что нужно делать чтобы получить однозначный результат. Пациент владеет основной информацией о ВИЧ. Пациент понимает, была ли в его жизни вероятность инфицирования ВИЧ.

		ситуации опасные в плане заражения ВИЧ и их давность. 4. Сделать вывод о сроках повторного тестирования. 5. Сделать вывод о целесообразности использования других методов диагностики, для уточнения результатов, проведенного тестирования. 4. Консультанту необходимо помнить, что любому человеку не зависимо от возраста, пола и образа жизни сложно обсуждать и признавать риски в собственном поведении. 5. Консультанту важно сохранять нейтральный тон разговора (избегать оценок, "допроса", авторитарности). В противном случае у клиента активизируются барьеры и фильтры восприятия, а так же психологические защиты, которые воспрепятствуют принятию информации и осознанию собственных рисков. В дальнейшем протестная реакция на консультанта и все его слова может свести к нулю вероятность изменения поведения на более безопасное.	

* - степень подробности обсуждения зависит от того, было ли проведено дотестовое консультирование и его качества.

3. Этап "Желаемый результат" *	Чтобы понять, что беспокоит пациента после получения результатов теста, чтобы мотивировать пациента к сохранению здоровья в условиях развития эпидемии ВИЧ/СПИД.	**1.** Консультанту важно выяснить, что конкретно волнует пациента на данном этапе, т. е. после получения неопределенного результата тестирования. Именно на этом этапе клиент может заявить о "настоящей", актуальной для него проблеме. Важно, чтобы консультант не игнорировал заявленную проблему, даже в тех случаях, когда она является "чисто" психологической, на первый взгляд выходит за тему консультации, выглядит незначительной или мало связана с полученным результатом теста. Потому что, помогая пациенту разобраться с его проблемой, консультант делает информацию о ВИЧ более актуальной, демонстрирует, что пациент для него значим, устанавливает связь между решением, проблемы и безопасным поведением. **2.** Консультант подготавливает пациента к обсуждению реализации, разработанного ранее личного плана снижения риска инфицирования ВИЧ.	Пациент осознал и сформулировал проблему. Пациент знает, какие существуют способы защиты от инфицирования себя и других. Пациент готов обсуждать план снижения личного риска и возможности его реализации и способы решения заявленной проблемы.

		1. Еще раз резюмирует выявленные риски, в контексте неопределенного результата. 2. Формулирует вывод о желательности изменений в поведении, чтобы снизить риск инфицирования в период ожидания повторного теста и в дальнейшем. 3. Обсуждает, начал ли пациент практиковать новые формы поведения, о которых шла речь на предыдущей консультации, чтобы снизить вероятность инфицирования.	
4. Этап "Альтернативные варианты"	Чтобы помочь пациенту определить, когда ему необходимо пройти повторное тестирование, чтобы совместно с пациентом выработать приемлемые способы решения проблемы, возникшей в связи с получением неопределенного результата, чтобы помочь пациенту составить жизненный план на период до получения результатов повторного тестирования, который будет способствовать снижению тревоги и формированию безопасного поведения.	**1.** Консультант, резюмировав, имеющиеся у пациента риски и их "давность", обсуждает с пациентом дату повторного тестирования. **2.** Консультант обсуждает проблему, возникшую в связи с получением неопределенного результата. Совместно с пациентом разрабатываются приемлемые способы решения проблемы и преодоления трудностей, которые могут возникнуть. **3.** Консультант совместно с пациентом разрабатывают жизненный план, способствующий изменению поведения на более безопасное. На этом этапе они обсуждают: · возможности и стратегию изменения поведения пациента, · препятствия, которые могут возникнуть и пути их преодоления. **4.** Предполагаемые изменения должны быть сформулированы и представлены в виде последовательного, доступного, понятного и конкретного плана. Кроме того, лучше, если планируемые изменения будут разделены на этапы (каждый из этапов будет достижим для этого конкретного человека) и способствовать безопасности. **5.** Консультанту важно поощрять пациента к самостоятельному поиску новых конкретных шагов/изменений в своем поведении, необходимых для снижения риска. Это связанно с тем, что человеку проще исполнять самый нелепый, но свой план, чем навязанный сверху. **6.** Обсуждая пошаговую стратегию и тактику достижения желательных изменений, консультанту важно помнить, что пациент скорее всего будет выполнять	Пациент понимает для чего, когда и почему именно в это время ему необходимо пройти повторное тестирование и готов сделать это. Пациент представляет себе действия, которые он может предпринять для решения проблемы. Пациент осведомлен о необходимости безопасного поведения в период ожидания повторного теста и представляет, что он будет делать. Пациент совместно с консультантом составил реалистичный и достижимый план снижения личного риска инфицирования ВИЧ после получения результатов повторного теста.

	чтобы помочь пациенту самостоятельно определить возможности снижения личного риска инфицирования в будущем.	достигутые договоренности, только во время ожидания определенности. Когда же точный результат станет известен, необходимо будет еще раз вернуться к обсуждению и более детально проработать план снижения личного риска.	
5. Этап "Экологическая проверка"	Чтобы убедиться в адекватности принятых планов и мотивировать пациента придерживаться достигнутых договоренностей.	Резюмировать основные пункты плана снижения риска. Уточнить собирается ли пациент это делать. Собирается ли он начать делать это сразу? От чего это зависит? Если эти условия не возникнут, что будет тогда? Если в ходе обсуждения становится понятно, что выработанный план вряд ли реализуется консультанту необходимо вернуться на предыдущий этап и выработать более подходящий план снижения риска.	Пациент понимает необходимость использования безопасных моделей поведения. Достигнуты договоренности о сроках и условия первых попыток реализации плана снижения личного риска. Пациент не испытывает необоснованных страхов и тревоги относительно ВИЧ-инфекции.
6. Этап "Завершение"	Чтобы психологически комфортно завершить консультативный процесс.	Что может делать консультант: **1.** Дайте пациенту понять, что он может прийти к вам на повторную консультацию, если у него возникнут дополнительные вопросы. Информацию о графике работы лучше предоставить в письменном виде. **2.** Проинформируйте пациента о дате и времени повторного тестирования (лучше, если эта информация будет дана пациенту в письменном виде) **3.** Сообщите, где ещё пациент может получать информацию о ВИЧ и по сопутствующим темам.	Пациент знает о том, где в случае необходимости получить информацию о ВИЧ-инфекции.

Послетестовое консультирование при положительном результате тестирования.

Продолжительность этапов в данном виде консультирования различна и зависит от индивидуальных особенностей пациента и его реакции на полученную информацию. Все этапы консультативного процесса могут не вместиться в одну встречу. Но, по итогам первой встречи, у пациента должно наступить осознание того, что жизнь с ВИЧ может быть долгой, при сохраняющемся качестве.

Что делаем?	Зачем нужен этот этап?	Как может действовать консультант?	Результат, который должен получиться
1. Этап "Приветствие"*	Чтобы создать комфортную и доверительную атмосферу.	**1.** Можно встать навстречу человеку и подбодрить его словами типа: *"Проходите, пожалуйста", "Усаживайтесь удобнее"*. После первых минут контакта с пациентом рекомендуется предоставить ему паузу для того, чтобы он мог собраться с мыслями и оглядеться. После паузы можно сказать клиенту: *"Давайте познакомимся. Как мне вас называть?"* После этого необходимо представиться самому. **2.** Консультант предоставляет пациенту максимум информации о процессе консультирования, а именно: об основных целях консультирования, о приблизительной продолжительности консультирования *(Например: "Наша беседа займет какое-то время, поэтому мне хотелось бы узнать, каким временем Вы располагаете?")*, о целесообразности консультирования в данной ситуации, о границах конфиденциальности, о статусе (границах компетентности) консультанта.	Устанавливается начальный уровень доверия между пациентом и консультантом. Пациент принимает осознанное решение о своем вступлении в процесс консультирования.

* - Значимо на данном этапе, то, что предстоит сообщение горькой новости и дальнейшее ее обсуждение. Поэтому необходимо, чтобы контакт был неформальным, стабильным, эмоционально позитивным. Консультанту важно прилагать особые усилия для поддержания хорошего контакта на протяжении всех остальных этапов послетестовой консультации.

2. Этап "Сбор информации"	Чтобы пациент осознал значение результата теста,	**1.** Консультант коротко напоминает пациенту о сути процедуры тестирования. **2.** Сообщая результат теста пациенту, консультанту лучше быть спокойным, находиться в расслабленной позе: ноги не скрещены, руки ничего не теребят, а лежат на столе. Не следует затягивать ситуацию:	Пациент понимает значение результата теста*.

чтобы оценить психологическое состояние пациента после сообщения положительного результата, чтобы оказать пациенту эмоциональную поддержку, чтобы повысить уровень информированности пациента по вопросам ВИЧ/СПИД в контексте его ВИЧ-статуса, чтобы выяснить, что больше всего волнует пациента в связи с положительным результатом теста.	нужно сообщить неприятное известие как можно более ясно и кратко, спокойным голосом, глядя в глаза пациенту, избегая двусмысленности. Например: "Ваш тест дал положительный результат, это означает, что у Вас в организме есть ВИЧ…". **3.** После того как пациент узнал о результатах теста, лучше сделать паузу и дать ему возможность воспринять это известие. Внешняя эмоциональная реакция на положительный результат может быть различной: бурной (слезы, агрессия и др.), а может совсем отсутствовать. Любая реакция будет нормальной для этого человека, но пациент в любом случае нуждается в эмоциональной поддержке. С другой стороны, если пациент не выражает печали и озабоченности из-за сложившейся ситуации, у консультанта нет цели встревожить и испугать его, чтобы добиться лучшего осознания результата анализа. **4.** Если пациент агрессивен, то консультанту лучше сохранять спокойствие, не вступать в конфронтацию, не давать ложных или невыполнимых обещаний и брать ответственность только в рамках своей компетентности. Например: Пациент:"А вы можете мне гарантировать, что 10 лет я поживу нормально или Вы все врете, чтобы успокоить меня". Консультант: "Конечно, я не могу дать Вам никаких гарантий, потому что самочувствие любого человека во многом зависит от его образа жизни, но я лично знаю несколько людей, живущих с ВИЧ, которые первые 10 лет после постановки диагноза чувствовали себя хорошо". **5.** Консультанту необходимо обсудить с пациентом основную информацию, касающуюся жизни с ВИЧ, течение заболевания, способы сохранения здоровья, возможности лечения и его прав. **6.** Важно, чтобы консультант обсудил с пациентом, что его больше всего волнует (беспокоит, тревожит) в данный момент в связи с получением положительного результата теста на ВИЧ. Это необходимо для повышения эффективности консультативного процесса, потому что зная, какой именно аспект волнует пациента, консультант сможет работать с тем, что актуально.	Эмоциональное состояние пациента изменилось.** Консультант оценил состояние пациента и представляет дальнейшую тактику работы. Пациент имеет правильное представление о течении заболевания и безопасном поведении. Пациент и консультант понимают, что является наиболее актуальной проблемой в связи с полученным результатом теста.

* - понимает, не значит верит.
** - в данном случае результатом считается любое изменение психологического состояния пациента. Например: переход от ступора к слезам.

3. Этап "Желаемый результат"	Чтобы консультант совместно с пациентом переформулировали проблему, в задачу, которую необходимо решить.	Консультант помнит, что проблема это описание "плохой" ситуации, не включающее вариантов выхода; в то время как задача - это описание некоторых имеющихся условий и вопроса, на который необходимо найти ответ с учетом этих условий (т.е. задача предполагает действие, а проблема нет). А желаемый результат - это приемлемый выход из сформулированной проблемы, т.е. решение задачи. *Например: наш пациент заявляет, что в полученном положительном результате его больше всего беспокоит: "Если родители узнают об этом - это их убьет". Желаемый результат: "родители узнали о том, что у меня ВИЧ-инфекция и отнеслись к этом настолько спокойно, насколько это возможно. Задача: Подготовить себя к разговору с родителями на эту тему. Подготовить необходимые условия и подготовить содержание этого разговора".*	Пациент представляет задачу, которую необходимо решить. Пациент может обсуждать свои дальнейшие действия.
4. Этап "Альтернативные варианты"	Чтобы снизить агрессию пациента, направленную как во вне, так и на себя, чтобы пациент представлял, что он будет делать в ближайший месяц после получения результата теста, чтобы обсудить с пациентом его жизненные планы, как в контексте ВИЧ, так и вне контекста заболевания,	Консультанту необходимо совместно с пациентом провести анализ целей, разумности, результативности и последствий (моральных, финансовых и др.), а так же затрат и преимуществ, для того чтобы изменить вектор активности пациента с вопроса "Кто виноват?" на вопрос "Что делать?". Нужно обсудить: Что пациент собирается делать, когда выйдет из кабинета, завтра через месяц, через год, то есть построить линию времени. Вероятно, пациент будет не готов сразу дать ответы или будет демонстрировать нежелание говорить на эту тему. Очень важно показать пациенту, что ВИЧ-инфекция не является причиной отказа от жизненных планов и оказывает влияние лишь на небольшое количество жизненных обстоятельств. Консультанту необходимо вернуться к обсуждению сформулированных ранее задач и совместно с пациентом разработать пошаговое решение каждой из них, таким образом, сформируется жизненный план. Обсуждая отдельные пункты плана, желательно выявить все возможные трудности и пути их преодоления, а также условия и обстоятельства, необходимые для реализации плана. Консультанту необходимо затронуть тему информирования других людей о своем ВИЧ-статусе, плюсы и минусы, где, когда, как, кому, с чего	Консультант совместно с пациентом обсудили пользу/вред, разумность/бессмысленность, затраты/выгоды при осуществлении "поиска виноватых". Пациент имеет детальный план ("хороший жизненный план") на ближайший месяц. Пациент имеет правильное представление, на какие аспекты его жизни может повлиять ВИЧ-инфекция, а на какие нет.

	чтобы пациент осознал необходимость заботы о своем здоровье, чтобы пациент подписал предупреждение об уголовной ответственности за распространение ВИЧ*.	начинать, "как не надо делать". Обсудить с пациентом приемлемые для него способы сохранения здоровья на фоне ВИЧ-инфекции и предоставить информацию о дополнительном сервисе. Объяснить, почему способы защиты других людей от передачи им инфекции ВИЧ, полезны в большей степени для самого пациента. Ознакомить пациента со статьями законодательства, касающимися ВИЧ-инфекции: права, обязанности, ограничения. Сообщить о разных аспектах сохранения здоровья (правильное питание, избегание чрезмерных физических нагрузок и т.д.) При этом консультанту следует помнить, что первые полтора месяца после получения диагноза не самое подходящее время для значительных изменений в поведении, поэтому не стоит ожидать, что пациент быстро и значительно изменится.	Пациент владеет основной информацией о жизни с ВИЧ. Пациент имеет представление из каких компонентов должна складываться забота о собственном здоровье у человека, живущего с ВИЧ. Пациент ознакомлен со статьями закона и уведомлен о границах своей ответственности.

* - в зависимости от личностных особенностей пациента, расписку можно брать на этапе "Сбор информации"

5. Этап "Экологическая проверка"	Чтобы консультант оценил эмоциональное состояние пациента, чтобы мотивировать пациента к следующему визиту.	Продолжительность консультации, какой бы длинной она не была - это все равно очень маленький интервал времени для нормализации психологического состояния после получения тяжелой информации, поэтому значительных изменений эмоционального состояния не произойдет в большинстве случаев. С другой стороны, искусственное затягивание консультативного процесса (в среднем около 2 часов) может привести к астении у пациента, но во-первых - это не метод, а во-вторых у врача обычно нет такого количества времени. Тем не менее внимательное наблюдение за пациентом может позволить врачу заметить изменение степени напряжения мимических и других мышц, даже незначительное расслабление будет являться признаком положительной эмоциональной динамики. Так же об этом может свидетельствовать изменение смыслового оттенка высказываний пациента. Например: в начале консультации пациент говорит: "С ВИЧ-инфекцией жить не стоит". А в конце консультативного процесса, произносит: "Все равно с ВИЧ-инфекцией нормально жить не получится". Консультанту необходимо ориентировать пациента на следующий визит.	Консультант понимает можно ли закончить встречу сейчас или необходимо продолжать разговор до улучшения психологического состояния. Пациент выражает готовность прийти на следующую встречу.

		Консультанту необходимо ориентировать пациента на следующий визит. Мотивировать пациента к следующему визиту могут: • Качественно проведенная текущая консультация • Искренняя заинтересованность консультанта в решении его проблем • Обещание прийти в определенное время • Понимание зачем это нужно и что он сможет получить от следующего визита (психологическая поддержка, необходимая информация, запланированное медицинское обследование, направление на госпитализацию и др.)	
6. Этап "Завершение"	Чтобы, пациент почувствовал готовность консультанта и в дальнейшем оказывать ему помощь, чтобы, пациент знал, где и как он может получить помощь по другим вопросам/ проблемам	Попрощайтесь, напомните о времени следующей встречи. Желательно, чтобы у пациента осталось ощущение значимости для Вас его следующего визита. Учитывая, что пациент может не прийти на следующую встречу, целесообразно выдать ему информационный материал, содержащий основную информацию по темам, которые были затронуты и по темам, которые не обсуждались на консультации, и дать визитку с расписанием работы консультанта. Важно, чтобы пациент получил информацию о существующем сервисе. Желательно, чтобы эта информация была предоставлена и в письменном виде (буклеты, брошюры, визитки и т.д.). Можно направить пациента в ближайшую СПИД-сервисную общественную организацию и сообщить телефон Доверия, контактные данные ближайшей группы взаимопомощи.	Пациент знает, что сможет обсудить свои проблемы, если в этом будет необходимость. У пациента есть информация и о других видах существующего сервиса.

Основная информация о ВИЧ-инфекции

В данной главе можно ознакомиться с основной информацией о ВИЧ-инфекции. Здесь также содержатся ответы на вопросы, которые часто возникают у людей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции. Мы постарались сразу изложить этот материал языком, доступным любому человеку.

Что такое ВИЧ?

ЭТО - вирус иммунодефицита человека.

Из чего он состоит и как размножается?

ВИЧ относится к вирусам, которые живут только в организме человека.

Из-за своей простой структуры и небольшого набора составляющих его частей, он не может приспособиться

к жизни в таких разных организмах, как, например, человек и насекомые.

ВИЧ состоит из двух оболочек (внешней и внутренней), а также спиралей РНК (то есть генетического материала) и специальных ферментов, участвующих в процессе размножения (репликации) вируса.

Внешняя оболочка, имеющая специальные белки-«крючки», предназначена для присоединения вируса к будущей клетке-жертве. Белки-«крючки», располагающиеся на поверхности внешней оболочки, разрывают поверхность клетки и впрыскивают в клетку внутреннюю оболочку вируса.

Внутренняя оболочка - **капсид** - содержит спирали РНК вируса (то есть информацию о строении вируса) и набор ферментов для размножения. Цель капсида - доставить все это в ядро клетки-жертвы. После проникновения в клетку, капсид дрейфует (плывет) к ее ядру и внедряет туда РНК и ферменты.

РНК - как магнитофонная лента с записью, не вставленная в кассету. То есть информация о строении вируса записана, а воспроизвести ее нет возможности. Такой кассетой и станет ДНК захваченной клетки.

В процессе размножения ВИЧ участвуют три фермента: обратная транскриптаза (ревертаза), интеграза и протеаза. Их задача внедрить вирусную информацию в ДНК клетки и поддержать процесс выработки новых вирусов. В результате, вместо своих белков, в пораженной клетке происходит выработка составных частей для новых вирусов и их сборка. Затем, «готовые» вирусы, разорвав оболочку клетки, выходят из неё, а клетка погибает.

Вирус иммунодефицита может проникать в различные клетки организма человека, но в одних клетках он способен только находиться, а другие использует для репликации. Для размножения ВИЧ использует клетки

нашей иммунной системы, вызывая её заболевание, поэтому и называется иммунодефицитом .

Где может жить вирус и что может его уничтожить?

Вирус иммунодефицита может проникать в различные клетки организма человека. Для размножения ВИЧ использует только клетки иммунной системы - CD4 и CD8 лимфоциты (Т-хелперы). Сам вирус двигаться не умеет, но кровь и лимфа могут доставить его в разные участки организма человека.

ВИЧ не может жить вне организма человека. Он очень нестоек, чувствителен к химическим и физическим воздействиям. В жидкостях при температуре 22°С его активность сохраняется неизменной в течение 4 суток. Он теряет свою активность после обработки 0,5-процентным раствором натрия гидрохлорида или 70% спиртом в течение 10 минут. Для него губительны домашние отбеливающие средства (например, «Белизна»). Также он погибает при непосредственном воздействии спирта, ацетона, эфира и дезинфицирующих средств. При нагревании до температуры 57°С он погибает через 30 мин., а при кипячении - через 1-3 мин.

На поверхности неповрежденной кожи человека вирус быстро разрушается под воздействием защитных ферментов организма и бактерий.

Единственным местом, где этот вирус чувствует себя хорошо, являются жидкости организма человека.

В каких жидкостях организма может находиться ВИЧ?

Вирус может находиться во всех жидкостях организма (моче, слюне, поте), но достаточная для заражения концентрация ВИЧ содержится только в следующих жидкостях:

- **кровь;**

- **сперма и предъэякулят;**
- **Вагинальный и цервикальный (шеечный, т.е. относящийся к шейке матки) секреты;**
- **материнское молоко.**

Как может заразиться другой человек?

Заражение ВИЧ происходит тремя основными путями: половым, парентеральным (через кровь) и перинатальным (от матери ребенку). Все случаи заражения ВИЧ можно отнести к одной из этих категорий. Вероятность передачи ВИЧ от инфицированного человека неинфицированному зависит как от способа передачи, так и от конкретных обстоятельств.

ВИЧ передается только от человека к человеку. Нельзя инфицироваться ВИЧ при повседневных контактах (например, через обьятия или пожимание рук), через предметы (например, сиденье унитаза) или через укусы насекомых.

Для того, чтобы произошло заражение, необходимо, чтобы жидкости организма, в которых концентрация вируса достаточна для заражения, от инфицированного человека попали в кровь неинфицированного человека. Это возможно в следующих ситуациях:

- **сексуальный контакт,** предполагающий проникновение в тело партнера: в данном случае возможно попадание крови, спермы и вагинального/цервикального секрета на слизистые и в микротравмы, которые всегда образуются на коже и слизистых оболочках при трении;
- **переливание** инфицированной крови или ее компонентов;
- **применение нестерильного** хирургического и иньекционного инструментария: игл для введения каких-либо препаратов, включая наркотические; а также других инструментов и оборудования, при использовании которых могут быть повреждены кожные или слизистые

покровы;
- при повреждении плацентарного барьера **во время вынашивания ребенка ВИЧ-инфицированной женщиной:** плацентарный барьер - надежная защита плода от различных инфекций, которые могут быть в организме матери, но если он поврежден, то вирусы и бактерии могут проникать в плод;
- **во время прохождения родовых путей:** при этом инфицированная кровь и вагинальный секрет, которые в большом обьеме присутствуют в родовых путях, могут попасть в организм новорожденного;
- когда **новорожденный пьет грудное молоко инфицированной матери,** потому что грудное молоко может содержать вирусы в достаточном для заражения ребенка количестве.

Пути передачи и вероятность инфицирования*:
- **Половой путь передачи**

Путь передачи	Вероятность инфицирования
Анальный сексуальный контакт (от мужчины к женщине, от активного гомосексуального партнера пассивному)	0,1 - 3% при каждом сношении
Вагинальный сексуальный контакт (от мужчины к женщине)	0,1 - 0,2% при каждом сношении
Анальный сексуальный контакт (от женщины к мужчине, от пассивного гомосексуального партнера - активному)	около 0,06% при каждом сношении
Вагинальный сексуальный контакт (от женщины к мужчине)	0,1% при каждом сношении
Оральные гомосексуальные контакты с активным ВИЧ-инфицированным партнером	около 0,04% при каждом сношении
От женщины к женщине при орально-вагинальных, орально-анальных ласках и глубоких ласках руками	в некоторых руководствах встречаются ссылки на вероятность такого пути передачи, но числового значения нет
При переливании одной дозы инфицированной цельной крови	95%
При использовании общих игл среди лиц, вводящих наркотики внутривенно или другим иньекционным способом	0,67% на каждую иньекцию
При случайных уколах инфицированными	

Кровь - кровь (парентеральная передача)

Путь передачи	Вероятность инфицирования
иглами (это касается в большей степени медицинских работников)	около 0,3% на каждый укол и зависит от размера и места укола
При единственном ранении (царапина) во время инъекции	0,3 %
При контакте слизистых с ВИЧ - инфицированными жидкостями	0,09%

От матери ребенку (перинатальная передача)

Путь передачи	Вероятность инфицирования
От матери ребенку (во время беременности, родов или в послеродовом периоде через грудное молоко)	45% (если женщина не принимала терапию, ребенок шел по родовым путям, кормила ребенка грудью)
От матери ребенку (во время беременности, родов или в послеродовом периоде через грудное молоко)	0-2% (если женщина принимала терапию, ей делали кесарево сечение, ребенка не кормили грудным молоком)

* Руководство по медицинской помощи ВИЧ - инфицированным женщинам, под ред. Джин Р. Андерсон, версия 2001 года

Что такое ВИЧ - инфекция?

ВИЧ - инфекция - это заболевание, вызванное присутствием в организме вируса иммунодефицита человека.

Каковы стадии развития ВИЧ-инфекции?

Всё заболевание (ВИЧ-инфекция) - можно разделить на 3 периода:

1) заражение и начало инфекционного процесса (процесса развития болезни)

«Стадия инкубации» - продолжается от 3 недель до 3 - 6 месяцев; на этой стадии ВИЧ-инфекцию ещё нельзя обнаружить, так как антитела не образовались в достаточном количестве и тест их «не видит».

«Стадия первичных проявлений» длится в течение 1 года от момента появления антител в крови. На этой стадии один или несколько раз возникают изменения самочувствия, похожие на грипп, которые продолжаются до 2-х недель.

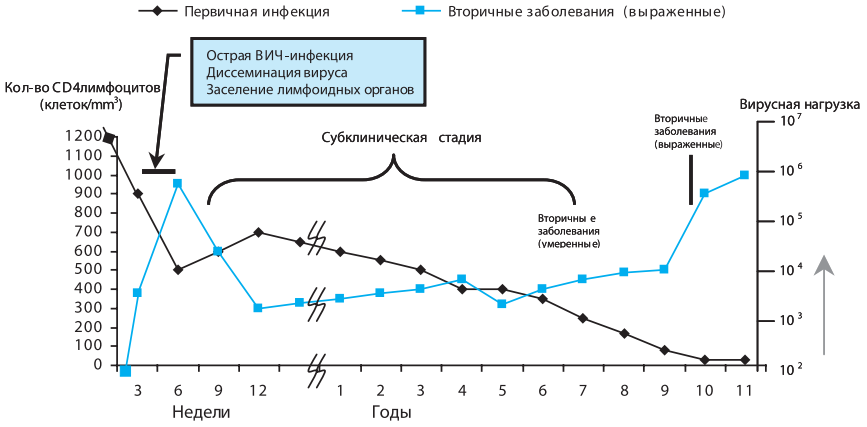
2) период бессимптомного течения и малых симптомов - продолжается от 3 до 20 и более лет. Человек обычно чувствует себя здоровым. Все эти годы происходит медленное снижение иммунитета.

3) СПИД - конечная стадия течения ВИЧ-инфекции, которая длится обычно от нескольких месяцев до 2-3 лет. На этой стадии заболевания человек страдает от оппортунистических инфекций, поражающих различные органы и нарушений обмена веществ в организме. Часто развивается истощение.

Заболевание развивается таким образом, если человек не принимает антиретровирусную терапию.

Существует множество различных классификаций для врачей, здесь описан обобщенный простой вариант.

Схема: естественное течение ВИЧ инфекции



Цитируется по материалам Фонда «Здоровая Россия» (исправленное, дополненное)

Когда нужно сдавать тест на ВИЧ?

Первый раз нужно сдать анализ через 3 месяца после ситуации, опасной в плане заражения ВИЧ. Отрицательный результат анализа может означать, что:

- **В организме нет вируса.**
- **В организме есть вирус, но заражение произошло недавно, антител пока мало и тест-система их «не видит» - период «окна».**

Тест на ВИЧ обнаруживает не сам вирус, а антитела к нему. Организму требуется определенное время для того, чтобы наработать антитела. Период сразу после заражения, когда вирус уже есть в организме, но антитела к нему еще не наработались, называется периодом «окна». Скорость наработки антител может быть различной. Поэтому необходимо повторить анализ через 3 месяца и через 6 месяцев после опасной ситуации. Если за эти полгода других опасных ситуаций не было и анализы не обнаружили антител к ВИЧ, значит, человек не инфицирован, потому что 6 месяцев - это достаточный срок для наработки антител.

Что такое СПИД?

СПИД - это синдром приобретенного иммунодефицита

Почему это так называется? Что это означает?

Синдром - это сочетание симптомов, которые характерны для определенного заболевания. Симптом - это признак нарушения здоровья. Например: боль (симптом 1) + повышение температуры (симптом 2) + отек (симптом 3) + покраснение (симптом 4) = воспаление (синдром).

Приобретенный - это состояние возникает вследствие заражения, а не является наследственным, врожденным нарушением.

Иммунодефицит - это потеря организмом способности сопротивляться любым инфекциям и восстанавливать нарушения в своих органах. Кроме того, при иммунодефиците замедляется или вообще останавливается процесс обновления организма.

Как проявляется СПИД?

В отличие от большинства заболеваний СПИД по-разному проявляется у разных людей. СПИД является результатом повреждения иммунной системы. Недостаточное функционирование иммунной системы позволяет развиваться различным оппортунистическим инфекциям или опухолям.

Прежде, чем поставить диагноз СПИД, врачи ведут детальное наблюдение и проводят ряд анализов: **единого «теста на СПИД» нет.**

У всех ли ВИЧ-инфицированных развивается СПИД?

По статистике, СПИД развивается не у всех, кто инфицирован ВИЧ. Значительная часть ВИЧ-положительных людей, как и остальное человечество, умирает из-за инфарктов, инсультов, болезней печени, несчастных случаев и других причин ещё до развития СПИД. Для ВИЧ-позитивных людей, потребляющих наркотики, основную смертельную опасность представляет передозировка.

Своевременное начало приема АРВТ позволяет не допустить развитие СПИД.

Как замедлить развитие СПИД?

Факторы, которые влияют на скорость развития ВИЧ-инфекции и перехода ее в стадию СПИД:

1. Изначальное состояние здоровья человека до заражения: чем лучше было здоровье человека до заражения, тем дольше организм сможет сопротивляться болезни;

2. Профилактика заболеваний, передающихся через кровь и при сексуальных контактах, и их своевременное лечение позволяет предотвратить дополнительную нагрузку на иммунную систему и снизить риск развития СПИДа;

3. Соблюдение правил общей гигиены позволяет проводить эффективную профилактику дополнительных повреждений кожи и слизистых оболочек, естественных барьеров, защищающих организм от заражения инфекциями, и сохраняет здоровые десны и зубы, что важно для нормального пищеварения;

4. Соблюдение диеты, снижающей нагрузку на печень **(в том числе, отказ от чрезмерного употребления алкоголя и табака)** позволяет предотвратить нарушение обмена веществ;

5. Занятия гимнастикой (физические упражнения, не требующие чрезмерных напряжений) помогают поддерживать правильный обмен веществ и сохранять

мышечную массу, что важно для предотвращения физического истощения и развития оппортунистических заболеваний;

6. Своевременное начало лечения оппортунистических заболеваний* и гепатитов позволяет снизить вред, наносимый этими заболеваниями организму, и риск перехода болезни в стадию СПИДа;

7. Своевременное начало антиретровирусной терапии против ВИЧ:** своевременное и правильное применение существующих сегодня методов терапии могут остановить развитие заболевания и значительно, на годы, продлить нормальное самочувствие и сохранить хорошее физическое состояние инфицированного ВИЧ.

8. Употребление наркотиков нарушает обмен веществ и разрушает печень, что ускоряет развитие ВИЧ-инфекции примерно в 2-3 раза;

Человек может совершать действия, ускоряющие развитие СПИД:

1. Употребление наркотиков нарушает обмен веществ и разрушает печень, что ускоряет развитие ВИЧ-инфекции примерно в 2-3 раза.

2. Неправильное питание – дефицит белка, витаминов и микроэлементов замедляет процесс восстановления иммунной системы и нарушает работу организма.

3. Нарушение режима труда и отдыха – излишние физические, интеллектуальные и эмоциональные нагрузки при отсутствии достаточного времени на отдых и сон не позволяют организму восстанавливаться.

---

* **Оппортунистические инфекции** - это большая группа разнообразных инфекционных и неинфекционных (например, опухоли) заболеваний. Объединяет их то, что **они возникают только при выраженном снижении иммунитета.**

** **Антиретровирусная терапия** - терапия, которая способна подавить размножение ВИЧ, довести количество ВИЧ до неопределяемого уровня и поддерживать такое состояние на протяжении многих лет у большинства людей. Однако это возможно только при применении трех и более препаратов.

Что такое иммунная система человека?

Иммунная система - это система защиты организма.

Что делает иммунная система?

Иммунная система отвечает за три очень важных процесса в нашем организме:

1. замена отработавших, состарившихся клеток различных органов нашего тела;
2. защита организма от проникновения разного рода инфекций: вирусов, бактерий, грибков;
3. "Ремонт" частей нашего тела, испорченных инфекциями и другими негативными воздействиями (радиация, токсические вещества, механические повреждения и прочее), а именно: заживление ран на коже и слизистых оболочках, восстановление повреждённых клеток печени и так далее.

Из чего состоит иммунная система?

Иммунная система в основном состоит из специальных клеток и веществ. Главная клетка иммунной системы - лимфоцит. Лимфоциты находятся не только в крови, они так же являются основными клетками тканевой жидкости, лимфы.

Как работает иммунная система?

Все процессы иммунной системы, а вместе с ними и всю иммунную систему, исходя из их функций, можно разделить на 4 больших блока:

- **дозорная** функция (дозорный блок);
- **идентификация** (узнавание) инфекций или повреждений, которым подвергся организм, а также хранение информации об этих негативных воздействиях и методах оптимальной реакции на них (блок идентификации и хранения информации);

- **поиск** инфекции или места повреждения и активация процесса уничтожения инфекции или «ремонта» повреждения (блок поиска инфекции и активации защиты);
- **уничтожение** инфекции (блок киллеров).

Клетки дозорного блока, как пограничники или таможенники, следят за тем, чтобы в организм не проникло ничего вредного, чужеродного. Они знают лишь то, что для организма полезно. Так что, если в организм проникает что-либо, не относящееся к категории полезного, они:
1) стараются сразу уничтожить это,
2) если им это не удается, бьют тревогу и подключают к работе блок № 2.

Блок № 2, в свою очередь, начинает исследование проникшей инфекции. Он сравнивает ее с теми инфекциями, информация о которых была получена либо с генной памятью от родителей, либо в процессе жизни данного человека. Если инфекцию не удается опознать, как что-то уже знакомое, то она исследуется, и информация о ней заносится в память как информация о новой инфекции. Собрав все данные о том, что это за инфекция и из чего она состоит (какие белки входят в ее состав), блок № 2 передает эту информацию блоку № 3.

Блок № 3 - самый главный блок иммунной системы. Его клетки, получив информацию об инфекции, начинают на ее основе производить специальные поисковые

белки-маячки - антитела. Антитела приспособлены для поиска только определенной инфекции, которая проникла в организм, то есть они высоко специфичны. Для борьбы с каждой инфекцией вырабатываются специальные, отличные от других, антитела. Отыскав вирус, антитело прикрепляется к его поверхности и начинает сигнализировать клеткам блока № 4, что «чужой» найден и находится он там-то и там-то.
Именно в блоке № 3 находятся клетки CD 4, которые ВИЧ использует для своего размножения. Соответственно, чем больше инфекции в организме, тем больше требуется антител для их пометки; чем больше требуется антител, тем больше будет произведено клеток CD 4. Но чем больше будет этих клеток, тем больше мишеней появится для вируса. Следовательно, вирус имеет больше шансов, находясь в крови, столкнуться с нужной ему клеткой CD 4 и заразить ее, вместо того, чтобы встретить клетку-пограничника.
Блок № 4. Ориентируясь на сигналы антител, клетки блока киллеров (они так и называются - клетки-киллеры) находят инфекцию и уничтожают ее.

Что происходит с организмом сразу после заражения ВИЧ?

Сразу после проникновения вируса иммунодефицита человека в организм, в большинстве случаев не происходит ничего необычного. У 30-40% заразившихся может проявиться состояние, похожее на грипп или простуду. Для него характерны температура, слабость, головные боли и воспаление горла. Иногда может наблюдаться диарея (понос). Такое состояние длится от 12 до 15 дней, после чего проходит, даже при отсутствии лечения. Но у большей части заразившихся не наблюдается вообще никаких проявлений.

В это время в организме происходят следующие процессы:

- Иммунная система сталкивается с неизвестной ей инфекцией и не может сразу начать бороться с ней.
- Вирус начинает активно размножаться, его количество в организме быстро растет.
- Обычно антитела к ВИЧ начинают активно вырабатываться через 10-12 дней после заражения, что приводит к уничтожению большого количества вирусов.
- Уничтожаются вирусы, «плавающие» в крови и не успевшие внедриться в клетки. В результате количество вируса в организме значительно снижается.

Именно с этими процессами связано появление и неожиданное исчезновение симптомов, похожих на острую респираторную инфекцию. После заражения ВИЧ человек еще долгое время (от 2 до 10 и более лет) может чувствовать себя совершенно здоровым. Все это время человек, инфицированный ВИЧ, будет выглядеть нормально и сохранять привычный образ жизни. Период, когда человек уже инфицирован ВИЧ, но у него нет никаких значительных симптомов, называется «бессимптомным».

В какие клетки проникает вирус? Почему его трудно уничтожить?

Вирус может проникать не только в CD 4 клетки (клетки иммунной системы), которые нужны ему для размножения. Он также накапливается в клетках слизистых оболочек, нервных, лимфоидных и мышечных тканях. CD 4 клетка живет несколько десятков часов. После этого, не зависимо от того, инфицирована она или нет, клетка погибает и заменяется новой. Другие клетки организма живут значительно дольше: несколько месяцев или лет. Фактически вирус использует эти клетки как убежища. Он может долго в них находиться,

а потом выйти в кровоток и отправиться на поиски CD 4 клетки, чтобы начать размножаться. Пока вирус находится в нервной клетке и не размножается, он не может быть уничтожен, потому что не виден для клеток-пограничников и не доступен для антител.

Именно способность вируса «отсиживаться» в различных клетках организма делает невозможным полное уничтожение его с помощью стандартного метода борьбы организма с инфекциями, а именно путем выработки антител к вирусу.

Почему возникает иммунодефицит?

С течением времени количество вируса в организме медленно растет. Присутствие вируса держит иммунитет в постоянном напряжении. Вирус поражает все новые и новые CD 4 клетки и нарушает оболочки других клеток организма. Чем больше становится вирусов, чем больше поражается CD 4 клеток, тем больше сил организм тратит на борьбу с инфекцией.

У каждого организма есть свои ресурсы и свой потенциал, они не бесконечны. Через некоторое время организм исчерпывает ресурсы и вирус встречает все меньше и меньше сопротивления. Снижается число вырабатываемых новых CD 4 клеток, а с ними снижается количество антител к ВИЧ. В результате у киллеров остается все меньше возможности уничтожить вирус. У организма снижается возможность противостоять заболеваниям так как CD 4 клетки нужны для борьбы со всеми инфекциями. Начинает развиваться иммунодефицит - потеря организмом способности сопротивляться любым инфекциям и восстанавливать нарушения своих органов.

Что такое оппортунистические и СПИД - ассоциированные заболевания?

Оппортунистические заболевания - это большая группа разнообразных инфекционных и неинфекционных (например, опухоли) заболеваний. Объединяет их то, что **они возникают только при выраженном снижении иммунитета.** У здорового человека или человека, инфицированного ВИЧ с хорошим состоянием иммунитета, эти заболевания, как правило не возникают или протекают в очень легкой форме. Микроорганизмы, вызывающие оппортунистические инфекции, живут в организме человека, никак себя не проявляя, пока нормальный иммунитет препятствует их размножению. Но, когда иммунитет ослабевает, они вызывают заболевания. Это относится и к опухолям. Ослабленная иммунная система может пропустить (то есть не заметить и не уничтожить вовремя) клетку, разделившуюся не правильно - возникает опухоль.

Как размножается вирус иммунодефицита?

Процесс размножения вируса называется ***репликацией***. Для размножения у вируса есть три фермента: ***обратная транскриптаза, интеграза и протеаза.***

Этапы репликации вируса:

Прикрепление, проникновение в клетку: при помощи специальных белков вирус прилипает к поверхности Т-лимфоцита.

Обратная транскрипция и синтез ДНК: фермент ***обратная транскриптаза*** превращает генетический материал вируса в другую белковую молекулу (ДНК вируса). После этого превращения ядро лимфоцита может принять эту молекулу за свой генетический материал.

Транспорт в ядро: новая белковая молекула (ДНК вируса)

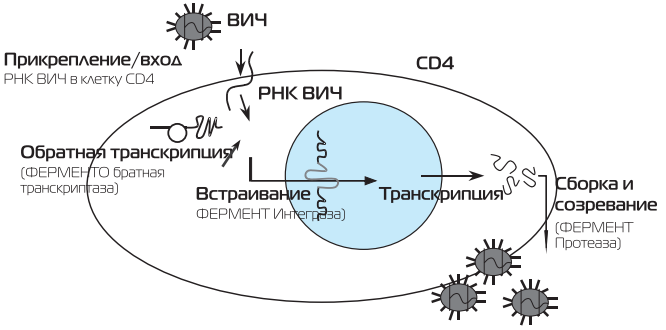
доставляется в ядро лимфоцита.

Интеграция: фермент ***интеграза*** встраивает новую белковую молекулу (ДНК вируса) в генетический материал клетки хозяина, то есть в ДНК лимфоцита.

Транскрипция вируса: зараженное ядро начинает делать копии с генетического материала вируса.

Синтез вирусных белков (трансляция): на основе генетического материала вируса в клетке-хозяине начинают производиться вирусные белки.

Сборка вируса и созревание - для того, чтобы из генетического материала и вирусных белков образовался зрелый вирус, необходим фермент ***протеаза.*** Зрелые вирусные частицы заражают новые клетки.



Можно ли вылечить ВИЧ-инфекцию?

В настоящее время не существует лекарства, которое позволяло бы полностью избавить организм от присутствия вируса. Но есть препараты, которые могут приостановить развитие ВИЧ-инфекции.

Что такое тритерапия и ВААРТ?

Тритерапия - применение трех разных антиретровирусных препаратов, которые не позволяют вирусу размножаться.

На сегодняшний день не существует лекарственного средства, полностью излечивающего от ВИЧ-инфекции. Вирус остается в организме человека на протяжении всей

его жизни, даже если человек принимает тритерапию.
Сокращение **ВААРТ** обозначает Высокоактивную Антиретровирусную Терапию. Термин ВААРТ относится к любой схеме антиретровирусной терапии, которая способна подавить размножение ВИЧ, довести количество ВИЧ до неопределяемого уровня и поддерживать такое состояние на протяжении многих лет у значительного числа лиц.
Таким образом, термин ВААРТ может быть использован для любой схемы антиретровирусного лечения, которая имеет высокую эффективность и действует в течение длительного времени. Однако это возможно только при применении трех и более препаратов.

Как действуют антиретровирусные препараты?

Препараты блокируют работу ферментов ВИЧ, то есть мешают вирусу размножаться. В результате деление вируса практически прекращается.
Даже без лечения вирусы, плавающие в жидкой части крови и в лимфе, остаются живыми чуть больше суток, а потом погибают, если не проникают в клетку, где они могут оставаться живыми очень долго. Тритерапия тормозит поступление новых вирусов в плазму крови и лимфу, поэтому количество вирусов в крови сильно снижается. И тест на вирусную нагрузку может перестать их обнаруживать. Но это не будет означать выздоровления, потому что остаются ещё вирусы, которые находятся внутри клеток иммунной и нервной системы, но пока не размножаются.
Многим людям с ВИЧ-инфекцией современная антиретровирусная терапия дает возможность жить полноценно. Когда активность вируса подавлена противовирусной терапией, человек снова начинает чувствовать себя вполне здоровым. Иммунный статус поднимается на более высокий уровень, а вероятность развития оппортунистических инфекций значительно

снижается. Это происходит потому, что вирусов становится меньше, они заражают и убивают меньше клеток иммунной системы. Это означает, что иммунная система восстанавливается в достаточной степени, чтобы бороться с большинством заболеваний.

Какие препараты применяются для тритерапиии?

Для тритерапии применяются несколько разных групп препаратов:
ингибиторы обратной транскриптазы: нуклеозидные аналоги, ненуклеозидные и нуклеотидные;
ингибиторы протеазы;
ингибиторы интегразы;
ингибиторы слияния;
препараты, влияющие на другие этапы деления вируса.

Слово **«ингибитор»** - это то, что препятствует, прерывает процесс, не дает чему-то случиться.

Например: антифриз - ингибитор замерзания.

Широко используются в настоящее время нуклеозидные и ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы
Нуклеозидные аналоги ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) - это препараты, прерывающие процесс превращения РНК вируса в ДНК. Препараты встраиваются в цепочку ДНК вместо фрагмента генетического материала, тем самым препятствуя работе обратной транскриптазы. На этом строительство цепочки ДНК прекращается, и вирус не может дальше размножаться.
НИОТ - это самые первые антиретровирусные препараты, но они остаются важными почти во всех схемах лечения. Однако, они имеют ряд недостатков, включая побочные эффекты, наблюдающиеся как в короткие сроки, так и

при длительном применении.

К этим лекарствам относятся следующие:

- зидовудин (AZT, ретровир): начиная с 1985 года, АЗТ был единственным препаратом для лечения ВИЧ-инфекции;
- эпивир (3TC, ламивудин);
- видекс (ddI, дидианозин);
- хивид (ddC, зальцитабин);
- зерит (d4T, ставудин);
- абакавир (ABC, зиаген);
- комбивир (зидовудин+эпивир);
- тризивир (абакавир+эпивир+зидовудин);
- фосфазид - единственный отечественный препарат.

Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы: они также связывают фермент обратную транскриптазу, то есть блокируют работу фермента, но иным способом, чем нуклеозидные. К таким препаратам относятся:

- делавирдин (рескриптор);
- невирапин (вирамун);
- эфавиренц (сустива).

Ингибиторы протеазы блокируют вирусный фермент, который обеспечивает «сборку» жизнеспособных вирусов из вирусных частиц, произведенных клеткой-хозяином.

К ингибиторам протеазы относятся:

- индинавир (криксиван);
- нельфинавир (вирасепт);
- ритонавир (норвир);
- саквинавир (инвираза);
- ампренавир (агенераза);
- калетра (лопинавир+ритонавир).

Ингибиторы интегразы - новая группа препаратов, которые нарушают работу третьего из белков вируса, то есть не допускают встраивания генетического материала

вируса в клетки.

В настоящее время близки к завершению клинические испытания (то есть проверка на людях-добровольцах) первого ингибитора интегразы. Его химическое название - карбоксамид нафтиридина. Ингибитор интегразы оказался эффективен даже против резистентных (устойчивых к другим лекарствам) штаммов вируса и не вызывает серьезных побочных эффектов.

Ингибиторы слияния - новый тип препаратов, которые не позволяют вирусу прикрепляется к мембране клеток и проникать в них, то есть защищают CD-4 лимфоциты и другие клетки от заражения и лишают вирус места, где он мог бы размножаться. Препарат значительно улучшает состояние даже в тяжелых случаях и на фоне резистентности ко многим препаратам. Однако есть и недостатки: способ введения - уколы; очень велика стоимость; не до конца изучены побочные эффекты.

К этой группе относится новейший препарат:

Т-20 (энфувентид, фузеон), он уже применяется в Америке и странах Европы.

Нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы - третья самая новая группа препаратов, которые блокируют фермент - обратная транскриптаза. Принцип действия несколько отличается от других групп ингибиторов этого фермента. Появление этого препарата увеличило выбор методов борьбы с вирусом, так как он может действовать на вирус у людей, которые резистентны к другим ингибиторам обратной транскриптазы.

В эту группу входит препарат виреад, который применяется в США с 2001 года.

Почему одному человеку обычно назначают несколько препаратов?

Потому что несколько препаратов сильнее препятствуют размножению вируса. Когда препаратов несколько, вирусу труднее приспособиться и выработать

устойчивость (резистентность). Цель лечения - полное прекращение размножения вируса.
Лечение одним препаратом называется монотерапией. В течение долгого времени для лечения ВИЧ-инфекции существовал только один препарат - AZT (азидотимидин, ретровир). Рано или поздно у вируса вырабатывалась устойчивость к AZT и лечение переставало действовать. В настоящее время монотерапия применяется только у беременных женщин, чтобы предотвратить передачу ВИЧ новорожденному.
В последние 10 лет были изобретены и разрешены к применению несколько различных антиретровирусных препаратов. Началось использование комплексной анти - ВИЧ терапии - **высокоактивной антиретровирусной терапии или тритерапии.** Курс лечения обычно состоит из трех препаратов в различных сочетаниях. Назначенные препараты настоятельно рекомендуется принимать постоянно в одно и то же время. С появлением новых препаратов разрабатываются более удобные схемы лечения, которые человеку проще принимать, не допуская ошибок.

Что такое резистентность и как она возникает?

Резистентность (устойчивость) - это способность вируса или бактерии не поддаваться (сопротивляться, противостоять) действию лекарств.
Кросс-резистентнось (перекрестная резистентность) - это способность вируса или бактерии не реагировать на действия лекарств из разных групп.
В организме инфицированного человека непрерывно происходит размножение вирусов. Каждые сутки появляется до миллиона новых вирусных частиц. Поскольку размножение вируса - это копирование, то новые вирусы должны быть точно такие, как вирус-«родитель». Но при размножении иногда происходят ошибки, и тогда новые копии вируса получаются не

совсем такими, как вирус-«родитель» - это называется **мутация.** Когда вирус не размножается, мутаций не происходит.

Если мутация происходит в ферментах вируса, то их свойства могут так измениться, что противовирусный препарат не сможет действовать. Это и называется резистентностью.

Резистентность возникает, когда противовирусные препараты не могут полностью прекратить производство новых вирусов. Это происходит так:

- Человек допускает ошибку в приеме препаратов (например, пропускает прием одной дозы).
- Часть вирусов успевает размножиться.
- Какое - то количество «новых» вирусов оказалось мутантными.
- Следующие дозы препаратов не дают размножаться новым «нормальным» вирусам.
- Вирусам - мутантам ничто не мешает размножаться и их становится много.
- Лекарства уже не могут помешать размножению вирусов, большинство из которых - мутанты.

То есть, если человек соблюдает режим приема препаратов, то размножение вирусов полностью прекращается, и не возникают мутации, ведущие к резистентности.

Какие результаты дает ВААРТ?

ВААРТ дает хорошие результаты:

количество вируса в крови значительно снижается, соответственно, снижается и вред, наносимый вирусом организму. Даже если на момент начала терапии болезнь развилась до стадии СПИД, через 6-8 месяцев человек может чувствовать значительные улучшения и даже вернуться на работу.

Еще одно позитивное последствие уменьшения

концентрации вируса в крови: снижение риска передачи инфекции от ВИЧ-инфицированного человека.

От чего зависит эффективность антиретровирусной терапии?

Эффективность терапии зависит прежде всего от уровня приверженности человека, который её получает.
Приверженность - это
осознанное решение человека принимать антиретровирусную терапию,
готовность человека соблюдать режим приема препаратов, каким бы сложным он ни был,
готовность продолжать лечение даже если есть побочные эффекты,
понимание, почему нельзя пропускать прием препарата даже один раз.

А также эффективность зависит от того, насколько удачно подобрано сочетание препаратов. Но даже самые лучшие лекарства не будут работать, если человек не соблюдает режим их приема.

В чем недостатки ВААРТ?

К сожалению, применяемая сегодня терапия **не всегда дает 100% эффект,** то есть не у всех людей, принимающих терапию, количество вируса в крови снижается до неопределяемого уровня, а состояние иммунной системы возвращается в норму.
Наблюдаются **побочные эффекты,** то есть неблагоприятные последствия действия препаратов на организм некоторых людей, которые их принимают. Например, побочными эффектами ВААРТ могут быть: понос, сыпь на коже, тошнота и рвота, отложение жира в отдельных частях организма и другие неприятные ощущения. Часть побочных эффектов со временем

проходит, с другими может помочь справиться врач. Важно помнить, что нельзя отказываться принимать лечение из-за побочных эффектов.

Высокая стоимость. Антиретровирусные препараты очень дороги (от 5 до 15 тысяч долларов США в год), что делает их недоступными для многих людей. В нашей стране препараты назначаются бесплатно, но их выбор ограничен. Кроме того, нередки перебои в поставках препаратов в Центры СПИД, в то же время доступность терапии в нашей стране значительно повысилась за последние 3 года. В настоящее время в большинстве регионов России люди, живущие с ВИЧ, могут рассчитывать получить терапию, когда будут в ней нуждаться.

Необходимость принимать лекарства пожизненно и соблюдать очень жесткий режим приема. Не все способны или готовы его выполнять. Дело в том, что человек, которому назначены антиретровирусные препараты, должен принимать большое количество различных таблеток несколько раз в сутки. Это нужно делать постоянно, каждый день, год за годом. Кроме того, прием определенных препаратов требует соблюдения строгой диеты и питания по часам. Какие-то препараты нужно принимать только на голодный желудок, другие - только после еды.

Но факт остается фактом: сегодня ВААРТ дает ВИЧ-инфицированным людям возможность продлить на долгие годы свою жизнь и хорошее самочувствие.

Какие правила поведения в быту должен соблюдать человек, живущий с ВИЧ?

Каковы общие принципы?

ВИЧ не передается бытовым путем, поэтому НЕТ необходимости избегать общения с родными, близкими и друзьями. Человеку, живущему с ВИЧ, НЕ нужно носить специальную одежду, шапочку, маску и перчатки, питаться из отдельной посуды и пользоваться отдельным санузлом, чтобы не заразить окружающих людей. А также без страхов и сомнений можно проявлять ласку, нежность, обниматься, целоваться.

Но у человека, живущего с ВИЧ, ослаблена иммунная система, поэтому для него **важно соблюдать правила личной гигиены не только для того, чтобы не поставить в опасность заражения окружающих людей, но и для того, чтобы самому не "подхватить" какую-нибудь инфекцию.**

Иногда, с течением времени, многие ВИЧ-положительные люди и их близкие теряют бдительность и перестают так же тщательно, как вначале, соблюдать правила гигиены, и больше не думают о возможности заразиться и заразить других. А вот это уже опасно! Человек, живущий с ВИЧ, должен обязательно и постоянно соблюдать правила гигиены!

Как нужно проводить уборку дома?

Людям с ВИЧ-инфекцией нужно **часто проводить уборку в доме.** Использование обеззараживающих средств необходимо, если есть риск заражения оппортунистическими инфекциями, например туберкулезом.

Разница между **уборкой и обеззараживанием** состоит в том, что **при уборке удаляют только загрязнения, а при обеззараживании уничтожают возбудителей инфекционных болезней** (в том числе и ВИЧ) при

помощи обеззараживающих средств.

Предметы мебели, пол и предметы обихода следует **обеззараживать тогда,** когда существует опасность заражения ВИЧ-инфекцией, т. е. в том случае, если они **загрязнены кровью или выделениями влагалища или спермой.** Обеззараживание производят как можно быстрее после загрязнения. При обеззараживании используются резиновые перчатки, лучше всего одноразовые (их можно приобрести в аптеке).

Этапы обеззараживания:

1. Удалить загрязнение с помощью салфеток (лучше всего бумажных). После использования их нужно немедленно поместить в полиэтиленовый пакет, так как они становятся инфицированными;

2. Промыть поверхность горячей водой с использованием обычного моющего средства (мыло или стиральный порошок);

3. Обработать поверхность **обеззараживающим средством** (тщательно протереть поверхность куском ткани, смоченным обеззараживающим раствором, а затем смыть чистой водой);

4. Одноразовые перчатки нужно выбросить; резиновые кухонные **перчатки вымыть** с моющим средством, затем **обработать** обеззараживающим средством, **ополоснуть** под проточной водой и в завершение тщательно вымыть руки.

Какие средства обеззараживания можно использовать?

Лучше всего приобретать готовые обеззараживающие средства в магазинах или аптеках и использовать их по инструкции.

1. Растворы, содержащие хлор:

- Продающиеся в магазине концентрированные растворы хлора следует разводить в пропорциях, соответствующих необходимой концентрации, то есть, как написано в инструкции.

- Никогда не смешивайте растворы, содержащие хлор, с другими средствами, это может вызывать появление опасных испарений.
- Не допускайте контакта детей с растворами хлора.
- Хлор имеет отбеливающее свойство (появляются белые пятна на одежде, половом покрытии и т. д.) и вызывает коррозию металлов.
- Растворы хлора нужно хранить в темном помещении.
- Нельзя использовать растворы хлора для обработки кожи (**никогда** - для лечения ран).
- Нужно сохранять осторожность при использовании хлора в небольших закрытых помещениях, необходима хорошая вентиляция при работе с растворами хлора, так как хлор способен образовывать ядовитые испарения.

2. Спиртсодержащие обеззараживающие средства.
Эти средства содержат не менее 70% этилового спирта. Преимущество их в том, что они оказывают быстрый эффект и не вызывают сильного раздражения кожи. Недостаток же заключается в том, что они горючи и потому требуют осторожности в применении. Особенно важно об этом помнить тем, кто заторможен в связи с использованием медикаментов или же из-за болезни. При длительном использовании эти средства могут вызывать повреждения искусственных тканей и раздражение кожи.

Необходимо знать, что спирт теряет свою активность при контакте с органическими веществами (такими, как кровь или испражнения), поэтому при обеззараживании спиртом сначала нужно очистить поверхность.

Как проводить уборку душа и туалета?

Через мочу и испражнения нельзя заразиться ВИЧ-инфекцией, исключая случаи, когда в выделениях присутствует видимая кровь. Но желательно не

допустить заражения и другими инфекционными болезнями, например, кишечными инфекциями. Эти правила полезно соблюдать всем людям, не зависимо от ВИЧ-статуса.

- После посещения туалета всегда тщательно мойте руки с мылом.
- Перед тем как принять ванну, нужно вымыть её с обычным моющим средством.
- Всегда используйте перчатки во время уборки.
- Регулярно проводите уборку туалета (ежедневно при диарее). Для этого можно использовать раствор хлора. Хлорную известь следует засыпать в унитаз, а пол туалета и края унитаза обрабатывать 1%-ным раствором хлора. Можно использовать бытовые средства «Доместос», «Туалетный утенок» и др.
- Всю ванную комнату и полы в остальных помещениях нужно мыть еженедельно (или чаще, по мере загрязнения).
- Не используйте одну и ту же половую тряпку или губки для уборки в различных помещениях, например на кухне и в туалете.
- Половые тряпки можно стирать в горячей со стиральным порошком, губки (мочалки) лучше обеззараживать в 1%-ном растворе хлора.
- Обработка судна: содержимое выливают в унитаз. Потом судно промывают горячей проточной водой и обрабатывают хлоркой. Одним судном не должны пользоваться разные люди.

Как проводить уборку на кухне?

ВИЧ-положительные люди могут готовить пищу как для себя, так и для других без опасения заразить тех, для кого эта еда будет готовиться.

- До начала приготовления пищи нужно тщательно вымыть руки с мылом.
- Пробуйте еду не руками, а каждый раз чистой ложкой. Это необходимо не из-за ВИЧ, а в связи с возможным

наличием других возбудителей инфекционных болезней. Кроме того, еда быстрее испортится, если опускать в неё облизанную ложку.

- Осторожно обращайтесь с острыми предметами, которыми можно порезаться.
- Кухонными предметами, ножами и вилками, тарелками, стаканами можно пользоваться вместе с другими людьми. Мыть их нужно всегда в горячей воде и с моющим средством.
- Для мытья посуды используйте обычные моющие средства и отдельную губку, (мочалку), предназначенную только для посуды.
- Почаще мойте кухонную раковину. Используйте для этого специальную губку - не ту, которой моете посуду.
- Необходимо иметь разные полотенца для посуды и для рук, и отдельные тряпки для пола и для кухонной мебели.
- Воду после мытья пола нужно выливать в туалет, а не в раковину на кухне.
- Холодильник нужно регулярно мыть водой с моющим средством. Не нужно подолгу хранить в нем продукты.
- Для питья и приготовления пищи старайтесь использовать кипяченую или бутылированную воду. Если у вас есть возможность, приобретите фильтр для воды и не забывайте регулярно менять картридж.

Как стирать белье?

Белье, не загрязненное выделениями и кровью, можно стирать обычным образом. Для белья, загрязненного испражнениями или кровью, существуют следующие правила:

- Все белое белье стирайте в горячей воде. В этом случае не загрязненное выделениями белье отделять не нужно.
- Постельное белье, которое нельзя стирать при высокой температуре, можно на 30 минут замочить в 1%-ном растворе хлора и затем выстирать при низкой температуре.

- Цветное постельное белье, которое нельзя стирать при высокой температуре или замачивать в растворе хлора, можно стирать со стиральным порошком в стиральной машине, лучше, на самой длительной программе и добавить отбеливатель, который не содержит хлор.
- После стирки все белье необходимо тщательно утюжить, особенно важно это делать с нижним бельем и носками. Делать это нужно не из-за ВИЧ, а для профилактики бактериальных и грибковых инфекций.

Как поступать с домашними (бытовыми) отходами?

Всегда используйте полиэтиленовые мешки (пакеты) для сбора бытовых отходов. Инфицированный материал (имеется в виду материал, который контактировал с кровью, спермой или выделениями влагалища, например, прокладки, тампоны, перевязочные средства) нужно сложить в полиэтиленовый пакет, закрыть его и вложить во второй пакет. Необходимо следить, чтобы мешок не раскрыли домашние животные - кошки или собаки.

Как ухаживать за домашними животными?

Домашних животных можно оставить в доме. Животные должны быть привиты и здоровы (регулярно консультируйтесь с ветеринаром), так как они могут быть источником некоторых оппортунистических инфекций. Кроме того, они должны как можно меньше контактировать с другими животными, чтобы не заразиться от них. Если вы хотите взять домашнее животное, лучше посоветоваться с вашим врачом. Испражнения животных могут содержать болезнетворные микробы. Кошачий лоток, аквариум, птичью клетку желательно не чистить самому, а попросить об этом другого человека. Если приходится убирать за животными самостоятельно, то делайте это в перчатках, а после уборки тщательно мойте руки.

Каковы особенности личной гигиены?

Купание и мытье. Болезнетворные бактерии, находящиеся на коже, могут вызывать оппортунистические инфекции, поэтому желательно ежедневно принимать душ. Нет необходимости каждый раз мыться с мылом. Не используйте мыло, если кожа раздражена или слишком сухая: оно может вызвать дополнительное раздражение. Лучше использовать мягкое мыло, например, детское или увлажняющий гель для душа. Важно хорошо ополаскиваться после мытья. После душа или ванны втирайте в кожу нейтральное масло, крем или лосьон: они восстанавливают жировой слой на коже. Гигиенично использовать разные полотенца для ног, для тела и для лица. Полотенце, мочалка, рукавичка для мытья и прочие принадлежности должны быть свои у каждого человека.

Уход за кожей. Кожа является защитной преградой для всякого рода инфекций. Постарайтесь беречь свои руки от повреждений. Пользуйтесь смягчающим или увлажняющим кремами, кремом с витамином Е, чтобы избежать микротрещин. Если на руке появилась царапина или ссадина, заклейте ее пластырем или перебинтуйте.

Предметы личной гигиены. Предметы личной гигиены, такие, как лезвия для бритья, электробритвы, зубные щетки, нити для зубов, инструменты для маникюра, используйте строго индивидуально. На них может находиться кровь, через которую происходит заражение ВИЧ и другими инфекционными болезнями.

Ногти. Под ногтями содержатся грязь и болезнетворные бактерии, поэтому не стоит обкусывать заусеницы и грызть ногти. Ногти нужно ежедневно чистить и аккуратно подпиливать или подстригать. Если ногти длинные, лучше завести специальную щетку, чтобы промывать пространство под ногтями.

Тампоны и прокладки. Если у женщины ВИЧ-инфекция, то на тампонах и прокладках содержится инфицированная кровь. Перед тем, как выбросить

в мусорное ведро тампоны, прокладки, их следует поместить в полиэтиленовый пакетик.

Термометр. Следует использовать индивидуальный термометр. После применения его протирают салфеткой и на 5 минут помещают в спиртовой раствор, особенно если он используется для измерения температуры в прямой кишке. Не обрабатывайте термометры растворами хлора, так как это приводит к их повреждению.

Инъекционные иглы. Никогда нельзя складывать использованные иглы в пластиковый пакет. Именно в этот момент человек может нечаянно уколоться и таким образом заразиться ВИЧ-инфекцией или вирусными гепатитами. Использованные иглы и шприцы лучше сложить в твердую упаковку, например, в жестяную банку из-под прохладительного напитка или же в закрывающуюся картонную коробку, потом завернуть в мешок или газету и выбросить.

Что делать, если жидкости Вашего тела случайно попали на неинфицированного человека?

1. Если произошло **загрязнение неповрежденного участка кожи кровью, спермой или выделениями** влагалища человека с ВИЧ-инфекцией, не следует особенно волноваться (при таком контакте заразиться ВИЧ-инфекцией практически невозможно). Необходимо только основательно помыть кожу с мылом под проточной водой. Хорошо также обработать ее спиртсодержащими растворами: одеколон, водка.

2. Если кровь, сперма или выделения влагалища попали на слизистые оболочки (нос, рот, глаза и т. д.), это более серьезный случай. Следует немедленно промыть слизистые большим количеством чистой воды, а затем обработать их. Для глаз лучше использовать раствор альбуцида, или розовый раствор марганцовки. Слизистую носа обработать 1%-ым раствором протаргола. Губы и ротовую полость прополоскать 70% этиловым спиртом

или 0,05%-ым раствором марганцовки.

3. Контакт открытой раневой поверхности тела с кровью, спермой или выделениями влагалища инфицированного человека опасен. Равно **как и случайный укол инъекционной иглой,** которой делали укол ВИЧ-инфицированному человеку. Необходимо сразу же выдавить из раны кровь. НЕ отсасывайте ее ртом! Хорошенько промойте ранку проточной водой, залейте ее спиртсодержащим обеззараживающим раствором и в заключение заклейте бактерицидным пластырем. Далее стоит незамедлительно обратиться за советом к врачу в СПИД-центр. Возможно, он назначит АЗТ или другой препарат для профилактики заражения.

Почему, даже если оба партнёра инфицированы, всё равно нужно пользоваться презервативом?

Необходимо пользоваться презервативами, даже если оба партнера инфицированы, потому что:

- Использование презерватива во время сексуального контакта становится еще более актуальным, чем у неинфицированных людей, т.к. было замечено, что **у людей, продолжающих практику незащищенного секса, после заражения ВИЧ быстрее развивается СПИД.** Это происходит из-за вероятности дополнительного заражения от партнера другими типами ВИЧ, а также за счет заражения другими инфекциями, передающимися половым путем, которые дают дополнительную нагрузку на иммунную систему.
- **Передающиеся половым путем инфекции создают больше проблем у людей с ВИЧ-инфекцией,** чем у неинфицированных. У ВИЧ-позитивных защитные механизмы против ИППП работают менее эффективно. Обычного курса лечения может оказаться недостаточно, так как при сниженном иммунитете инфекции могут протекать тяжелее и длительнее, чем обычно.

Как сделать секс более безопасным, если один из партнеров или оба партнера ВИЧ-позитивные?

Когда человек осознает свой ВИЧ-статус, часто возникает желание предпринять дополнительные меры безопасности. Чтобы уменьшить риск заражения партнера, наиболее эффективным при половом акте будет **использование презервативов со смазкой на водной основе.**

При оральном сексе надевайте презерватив на пенис, а при орально-вагинальном контакте пользуйтесь защитной латексной пленкой, чтобы уменьшить риск передачи ИППП. Ни в коем случае не используйте презерватив с любрикантом (смазкой) для орального секса.

Незащищенный (то есть без презерватива) **анальный секс** и практики, где возможен контакт с экскрементами, нежелательны для ВИЧ-инфицированных людей из-за вероятности заражения некоторыми паразитами, бактериями и вирусами (например, сальмонеллы, лямблии, гепатит А и т.п.).

Если есть намерение продолжать практику анального секса, лучше всего использовать особо прочные презервативы, а при орально-анальном контакте - защитную пленку. Не используйте для анального секса презервативы с любрикантом **ноноксинол-9** или другими спермицидами (спермициды могут вызвать раздражение тканей прямой кишки). Такая продукция используется только во время вагинального контакта для снижения риска беременности в случае повреждения презерватива. Нужно внимательно читать то, что написано на упаковке презерватива. На них должна быть пометка «non-spermicidally lubricated» или «любрикант, не содержащий спермицидов».

Помимо использования презервативов следует воздерживаться от любых действий, сопровождающихся появлением крови и мочеиспускания на партнера в ходе сексуальных игр, поскольку все это может привести к

заражению бактериальными инфекциями.

Сексуальные игры с мочеиспусканием, если моча попадает в глаза, рот, нос или на поврежденную кожу, могут привести к заражению многими возбудителями, в том числе и ЦМВ (ЦИТОМЕТАЛОВИРУС), что очень опасно.

Соблюдение этих рекомендаций сделает секс более безопасным, независимо от того, инфицирован партнер или нет.

О чем стоит подумать, если пара, где оба партнера ВИЧ-позитивны, хочет отказаться от использования презерватива?

В конечном счете, выбор - личное дело каждого.

Нужно взвесить все «за» и «против»: что будет достигнуто, при изменении определенные виды секса или отказавшись от них? Что хорошего и что плохого даст секс без презерватива?

Решение отказаться от использования средств контрацепции должно основываться на ряде достаточно важных условий:

- Партнеры полностью доверяют друг другу,
- У пары стабильные и проверенные временем отношения,
- Оба партнера не практикуют секс «на стороне»,
- Партнеры хорошо осведомлены о состоянии здоровья друг друга (это касается не только серологического статуса, но и статуса в отношении ИППП и, что особенно важно, гепатитов),
- Регулярно проходят обследование у врача,
- Возникновение беременности не будет проблемой.

Что нужно знать об использовании презервативов?

Если же было принято решение не рисковать и прибегнуть к использованию презерватива, вам важно знать правила подбора и нюансы применения презервативов и любрикантов:

1. Необходимо покупать сертифицированные и аттестованные презервативы в аптеках. Лучше всего, если это будут презервативы известных марок. Они стоят дороже, но их качество выше.
2. Обращайте внимание на сроки годности изделия.
3. Используйте любриканты на водной основе или на основе силикона. Ни в коем случае не используйте в качестве смазки масла, вазелин, животный жир, так как эти вещества разрушают латекс или другой материал, из которого сделан презерватив.
4. Внимательно читайте и следуйте инструкции по использованию презерватива. Не раскатывайте и не растягивайте его до того, как наденете. Сожмите кончик презерватива, чтобы в нем не осталось воздуха, и раскатайте его по всей длине пениса в состоянии полной эрекции.
5. Не наносите любрикант на пенис перед тем, как надеть презерватив, иначе презерватив соскользнет во время секса.
6. Не надевайте одновременно несколько презервативов. Это не сделает ваш секс безопаснее, скорее наоборот. Во время фрикций презервативы будут тереться между собой и могут оба порваться.

Презерватив является надежной защитой от бактерий, вирусов и других микроорганизмов во время секса как с инфицированным, так и с неинфицированным партнером или с партнером, про статус которого ничего не известно.

Если человек практикует безопасный секс, нет никаких причин лишать себя удовольствия от секса, которое он испытывал до того, как узнал о положительном результате анализа.

Как планировать беременность в дискордантных парах?

Что такое дискордантная пара?

Дискордантная пара - пара, в которой только один партнер является ВИЧ-позитивным.

Что может сделать ВИЧ-положительная женщина, чтобы безопасно забеременеть от ВИЧ-отрицательного мужчины?

Безопасно забеременеть - это значит беременность наступила, но партнер не инфицирован. Это возможно. Для этого необходимо:

1. Обследоваться у гинеколога, чтобы убедиться, что организм гинекологически здоров и наступлению беременности ничто не мешает. Если в результате обследования были выявлены какие-либо проблемы, то желательно сначала их решить, а потом планировать беременность.

2. Определить день овуляции: при стабильном цикле это обычно один и тот же день цикла. Для этого можно в течение 3 - 5 месяцев измерять температуру в прямой кишке. Делается это утром, не вставая и не садясь в постели, лежа на боку, слегка поджав ноги. Термометр осторожно вводится в задний проход на 5 см. на 5 минут (наиболее удобен термометр для младенцев). Результаты измерений нужно записывать. Температуру нужно измерять каждый день после сна, продолжительностью более 4 часов.

Во время созревания яйцеклетки, на фоне высокого

уровня эстрогенов (первая фаза менструального цикла, "низкая"), базальная температура низкая. Накануне овуляции она падает до своего минимума, а потом снова повышается, достигая максимума. В этот час и проходит овуляция, то есть выход зрелой яйцеклетки из яичника. После овуляции начинается фаза высокой температуры (вторая фаза менструального цикла, "высокая"), которая обусловлена низким уровнем эстрогенов и высоким уровнем прогестерона. Разница между "низкой" и "высокой" фазами составляет 0,5-0,8°С.

Грамотно построенный график базальной температуры тела разрешает:

- узнать, созревает ли яйцеклетка и проходит ли овуляция;
- определить дни, благоприятные для зачатия.

3. Будущему отцу обследоваться у уролога-андролога, в частности сдать сперму на анализ. Это позволит определить достаточно ли сперматозоидов и достаточно ли они «здоровы» для того, чтобы наступила беременность. Это стоит сделать, так как в настоящее время у 25% мужчин в нашей стране есть нарушения «производства спермы».

4. Произвести самостоятельное осеменение. Это означает, что женщина при помощи специального приспособления вводит себе во влагалище сперму своего партнера. Приспособление для искусственного осеменения можно сделать из одноразового шприца на 10 мл, отрезав от него «носик», на который надевается игла (нож для отрезания носика нужно прокипятить не менее 20 минут, и делать это чистыми руками на стерильной марлевой салфетке). Мужчина собирает сперму в стерильную посуду или презерватив без спермицидной смазки, желательно, чтобы перед этим было 2-3 дня воздержания от секса. Сперму нужно набрать в подготовленный шприц. Женщина осторожно вводит шприц глубоко во влагалище и поршнем выталкивает сперму. Эта достаточно простая процедура

может быть сделана в день овуляции или последующие 3-4 дня. Большинство клиник «Планирования семьи» могут помочь в проведении этой процедуры, но не бесплатно.

Что может сделать ВИЧ-отрицательная женщина, чтобы безопасно забеременеть от ВИЧ-положительного мужчины?

Безопасно забеременеть - это значит беременность наступила, но женщина не инфицирована. Очень важно, чтобы женщина не инфицировалась в момент зачатия, потому что если ВИЧ-инфекция начинается в первый месяц беременности, то вероятность инфицирования ребенка велика (то есть выше чем у женщин, которые были инфицированы до наступления беременности). Однако ребенок не может заразиться от спермы отца во время зачатия, если мать в этот момент не заразилась.

Существует несколько способов снижения риска инфицирования при зачатии:

1. Очищение спермы («промывка» спермы) + искусственное осеменение.

В процессе этой процедуры происходит отделение сперматозоидов от семенной жидкости. Долгие годы она использовалась в больницах по лечению бесплодия и банках спермы. Однако методика очищения спермы с целью снижения риска передачи ВИЧ-инфекции начала развиваться только в последнее десятилетие.

Согласно исследованиям, проведенным недавно в Великобритании, «промывка» спермы с последующим искусственным осеменением, возможно, является самым безопасным способом зачатия ребенка для ВИЧ - дискордантной пары, где мужчина ВИЧ - позитивен.

При использовании этого метода не было отмечено ни одного случая передачи ВИЧ женщинам-партнерам.

Этот метод эффективен для мужчин, в сперме которых среднее или высокое содержание сперматозоидов.
Очищенный образец тестируется на ВИЧ. Если образец оказывается негативным, можно приступать к искусственному осеменению (инсеменации). Специалисты предупреждают супругов, которые желают использовать этот метод, что даже после очистки, около 56 % образцов остаются ВИЧ позитивными, что подтверждают результаты тестирования.

Искусственное осеменение (Внутриматочная инсеминация (ИСМ)) - это введение сперматозоидов непосредственно в полость матки, то есть специальное приспособление проводится через канал шейки матки. Внутриматочная инсеминация (ИСМ) производится в тех случаях, когда женщина полностью здорова и трубы проходимы.

Эта процедура не бесплатна. Зачатие при этой процедуре происходит в 30% случаев, обычно медицинские центры, проводящие эту процедуру, готовы провести 2-4 попытки за одну оплату.

2. Искусственное осеменение донорской спермой.

Другим вариантом для ВИЧ-негативной женщины, партнер которой инфицирован, может стать искусственное оплодотворение спермой другого мужчины, анонимного донора или кого-нибудь, известного обоим партнерам (например, члена семьи мужчины - партнера). Этот вариант используют многие женщины, мужья которых бесплодны или имеют врожденные заболевания.

3. Снижение вероятности инфицирования при естественном зачатии.

Есть небольшое количество случаев, когда женщины беременели от ВИЧ - позитивных мужчин и не инфицировались. Но гарантировать такой вариант развития событий, к сожалению, невозможно.

Некоторые пары, желающие зачать ребенка, могут уменьшить риск инфицирования женщины, занимаясь незащищенным сексом только тогда, когда шансы

забеременеть высоки и возможность инфицирования ВИЧ низка. Это бывает во время овуляции у женщин, и если в этот момент вирусная нагрузка у ее партнера не определяется. Довести вирусную нагрузку до неопределяемого уровня возможно, принимая эффективную схему ВААРТ.

Но, если мужчина не принимает антиретровирусную терапию и женщина не знает, в какой именно день цикла у неё происходит овуляция, то отказ от использования презервативов является опасным решением, потому что при плохом варианте развития событий беременность и ВИЧ-инфекция могут начаться одновременно. А это не пойдет на пользу ни женщине, ни ребенку.

Что нужно делать, что бы родить здорового ребенка?

ВИЧ-инфицированной женщине, как и любой другой женщине, независимо от статуса, необходимо приложить определенные усилия, чтобы ребенок родился здоровым.

Как может произойти передача ВИЧ от матери ребенку?

НЕ КАЖДАЯ беременная ВИЧ-позитивная женщина передает вирус своему ребенку. Передача вируса может произойти до рождения ребенка, во время или после родов:

- во время беременности плод может быть инфицирован ВИЧ, преодолевшим плаценту, барьер, который обычно защищает ребенка от инфекций;
- во время родов ребенок может быть инфицирован ВИЧ, находящимся в материнской крови и жидкостях родовых путей;
- при грудном вскармливании ребенок может быть инфицирован ВИЧ, находящимся в молоке или крови

матери.

Е**сли ничего не делать,** риск перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку может достигать **30 - 45%.**

Существует **несколько способов снижения** риска перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку:

- Химиопрофилактика (т.е. прием антиретровирусных препаратов с целью профилактики передачи ВИЧ) в период беременности, родов и новорожденному;
- Плановое кесарево сечение в 38 недель беременности;
- Отказ от грудного вскармливания.

Химиопрофилактика + кесарево сечение + отказ от грудного вскармливания снижает риск передачи вируса до 0 - 2%.

Что нужно делать, что бы не допустить инфицирования ребенка?

Чтобы предотвратить инфицирование ребенка ВИЧ, необходимо:

- назначение АРВ-препаратов матери во время беременности, перед родами и ребенку сразу после рождения;
- плановое кесарево сечение, то есть операция проведена до того, как разорвался плодный пузырь и отошли воды;
- вскармливание молочной смесью вместо грудного молока.

Если выполнить все эти три шага, тогда риск инфицирования ребенка не будет превышать 2%.

Правда ли, что антиретровирусные препараты могут повредить течение беременности и развитие ребенка?

Вполне естественно, женщина может опасаться, что прием антиретровирусных препаратов может вызывать аномалии в развитии плода, хотя **сегодня единственным признаком побочного действия лекарств является риск преждевременных родов у матерей, проходящих курс комбинированной терапии.**

Однако **эфавиренц (Сустива),** может являться причиной развития уродств плода, поэтому это лекарство противопоказано любой женщине, желающей зачать ребенка или же беременной.

Некоторые женщины хотят прекратить лечение либо до беременности, либо в момент, когда они понимают, что беременны. Этот вопрос необходимо детально обсудить с врачом. **Важно,** чтобы **женщина продолжала курс лечения.**

Плод является наиболее уязвимым к токсическому действию любых лекарств во время первых трех месяцев беременности. Если прием АРВ-препаратов и может нанести вред плоду, то только в это время. **Однако прекращение их приема может увеличить вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку, так как в результате этого увеличится вирусная нагрузка.** Решение о продолжении или прекращении АРВ-терапии в этот период зависит от того, какой АРВ-препарат принимает женщина. **Необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.**

Если до беременности женщина НЕ принимала АРВ-препараты, то они назначаются не ранее 14 недель беременности. Антиретровирусный препарат назначают для химиопрофилактики перинатальной передачи ВИЧ, даже если у женщины высокий иммунный статус и низкая вирусная нагрузка, то есть ей самой терапия не нужна.

Есть данные научных исследований о том, что у женщин, в большинстве случаев, не развивается устойчивость к АЗТ при прохождении курса лечения в течение 24 - 18 недель перед родами.

Если беременная женщина узнала, что у неё ВИЧ-инфекция на более поздних сроках, то есть во второй половине беременности, то лучше как можно раньше, с момента установления диагноза, начать принимать АРВ-препараты.

Если во время беременности и родов химиопрофилактика не проводилась, то она назначается только ребенку, но не позднее чем через 72 часа после рождения. В более поздние сроки проведение химиопрофилактики ребенку бессмысленно.

Правда ли, что беременность ускоряет развитие ВИЧ-инфекции?

Нет. Хотя до недавнего времени считалось, что беременность может отрицательно повлиять на здоровье женщины, поскольку беременность подавляет иммунную систему. Это правда: во время беременности защитные силы материнского организма несколько ослаблены. Однако нет никаких доказательств, что беременность ускоряет течение ВИЧ - инфекции.

Обычные симптомы беременности такие, как тошнота, рвота, слабость или головокружение, могут наблюдаться у ВИЧ-позитивных женщин, как и у любых других.

После рождения ребенка иммунная система вернется на тот уровень, который был до беременности.

Почему «запланированная» беременность лучше, чем «случайная»?

Потому, что планирование беременности позволяет

избежать многих проблем. Планирование беременности и подготовка к этому важному событию желательны для любой пары, не зависимо от ВИЧ-статуса.

Если пара планирует беременность, то обычно обследуется не только будущая мать, но и будущий отец ребенка. Часто это помогает **излечить хронические инфекции, передающиеся половым путем.** Они могут протекать скрыто у женщин и мужчин, но опасны для развития ребенка.

Женщина имеет возможность пройти полное гинекологическое обследование.

А мужчина обследование у уролога - андролога. Это позволит **убедиться в отсутствии заболеваний, которые мешают зачатию ребенка.** А если такие заболевания обнаружатся, то вылечить их.

Женщина может **определить наиболее подходящий период для зачатия ребенка,** что уменьшит риск инфицирования партнера в момент незащищенного секса. Это важно даже для пар, где инфицированы оба партнера, так как приобретение ещё одного штамма вируса нежелательно.

В процессе подготовки к беременности женщина может **санировать все очаги хронических инфекций,** что поможет правильному протеканию беременности и здоровому развитию ребенка.

За несколько месяцев до предполагаемой беременности лучше **отказаться от вредных привычек, перейти на питание,** содержащее достаточно белков и железа и начать **принимать витаминно-минеральный комплекс** (после консультации с врачом).

Если есть какие-либо **хронические НЕинфекционные заболевания,** желательно пройти курс лечения, чтобы **перевести их в состояние ремиссии,** то есть добиться улучшения.

Лучше **выявить** и, по возможности, вылечить **скрытые инфекции, так как** некоторые из них могут **негативно сказаться на развитии** плода (например, токсоплазмоз,

цитомегаловирусная инфекция). Какие исследования лучше сделать, посоветует врач.

Если среди ваших родственников (даже дальних) есть люди с серьезными наследственными заболеваниями, имеет смысл **проконсультироваться у генетика.**
Сделать тест на вирусную нагрузку и иммунный статус обоим партнерам. Обсудить результаты с врачом-инфекционистом и, в случае необходимости, получить рекомендованное врачом лечение для улучшения результатов анализов и уменьшения риска передачи инфекции.

Что нужно делать беременной женщине, чтобы родить здорового ребенка?

Важно найти хорошего врача-гинеколога и активно у него наблюдаться. Хороший врач - это, прежде всего, человек, которому доверяют, который имеет опыт наблюдения беременных женщин с ВИЧ-инфекцией и поддерживает Ваше желание иметь ребенка.
Активно наблюдаться - это значит:

- Регулярно посещать доктора;
- Выполнять рекомендации врача;
- Читать книги о беременности;
- Задавать вопросы врачу;
- Правильно питаться;
- Спать не меньше 8 часов в сутки;
- Получать достаточное количество витаминов и микроэлементов;
- Не давать себе пугаться и нервничать;
- Привлекать будущего отца к процессу;
- **А главное - знать, что все будет хорошо!**

Где может работать ВИЧ+ человек?

Практически везде: ограничения существуют для малого количества рабочих мест.

При поступлении в какие учебные заведения или на работу в каких должностях требуется обследование на ВИЧ-инфекцию?

Если при устройстве на работу требуют справку об анализе на ВИЧ-инфекцию, в большинстве случаев это незаконно.

Обязательному медицинскому освидетельствованию для выявления ВИЧ-инфекции при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах подлежат следующие работники:

а) врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с ВИЧ-инфицированными, имеющие с ними непосредственный контакт;

б) врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий, которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от ВИЧ-инфицированных;

в) научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

г) к данным лицам также относятся лица, обеспечивающие движение поездов.

Законодательство РФ не устанавливает перечня учебных заведений, для поступления в которые требуется обследование на ВИЧ- инфекцию.

Если требование работодателя о сдаче теста на антитела к ВИЧ незаконно, но по традиции все сотрудники оформляют санитарную книжку, как может поступить ВИЧ+ человек чтобы устроиться на работу, но не афишировать свой статус?

ВИЧ-позитивный вправе отказаться от предоставления работодателю документов, подтверждающих наличие ВИЧ-инфекции, если организация не относится к числу тех, для поступления на работу в которые требуется обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

Трудовое законодательство устанавливает, что работники не должны отказываться от своих прав на сохранение и защиту тайны диагноза. Работодателю следует все персональные (личные) данные работника получать у него самого.

Оформление «Санитарной книжки» при устройстве на работу, связанную с детьми, продуктами питания, транспортом, торговлей и медицинскими услугами является законным требованием. **Но обследование на ВИЧ не входит в перечень анализов для получения допуска в «санитарной книжке».** Исключения составляют категории профессий, о которых написано выше. То есть ВИЧ-позитивный человек может спокойно оформлять санитарную книжку. Чтобы полностью снять беспокойство, можно до начала обследований взять в смотровом кабинете список необходимых анализов и убедиться, что тест на ВИЧ среди них не значится.

Если работодатель отдельно оговаривает необходимость тестирования на ВИЧ, не стоит паниковать. Можно спокойно спросить для чего нужна такая справка, добавив, что в обычный объем обследования, насколько

известно, это не входит. Дальше возможны варианты:
1. Работодатель говорит вроде: «ну раз не входит, то и не надо, а раньше делали всем». И проблема на этом разрешится.
2. Работодатель говорит некую речь дискриминационного характера. Тогда стоит либо отказаться от работы с таким начальством, либо попробовать «глупые отговорки с наивным лицом». Варианты отговорок: «А мне сказали, что для работы такие справки не дают», «А это оказалось дорого, почти 200 рублей, а я же за санитарную книжку уже 500 заплатил, можно я потом, в следующем месяце после зарплаты?» и т.д.

Важно не забывать, что этот начальник не пытается прицельно проверять именно этого человека: он просто такой. А по внешнему виду заподозрить ВИЧ-статус невозможно.

Существуют ли специальности, которые противопоказаны при ВИЧ-инфекции по медицинским показаниям?

Да, очевидно стоит по возможности избегать вредных производств любого рода.

Например, «горячие» цеха, производство с использованием химикатов (лаки, краски, пластмассы, выделка кож, укладка асфальта и др.), работа на улице в течение всего дня (переохлаждение) и тому подобное, чтобы не давать лишнюю нагрузку организму.

Так как длительное воздействие «некомфортных» температур и «вредных» веществ (интоксикация) сами по себе снижают иммунитет.

Какие виды сервиса для людей, живущих с ВИЧ, существуют в Сибири?

Сервисом называется обслуживание населения в различных сферах повседневной жизни.
В нашем случае это те услуги, которые предоставляются людям, живущим с ВИЧ. В России существует несколько видов подобного сервиса.

1. **СПИД-центр.** СПИД-центр - это специальная поликлиника по ВИЧ-инфекции, куда можно обращаться за медицинской помощью, а также консультацией по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.
   В СПИД-центре **необследованный человек** может:
   - Получить консультацию до и после сдачи анализа на ВИЧ;
   - Сдать анализ на антитела к ВИЧ-инфекции, причем можно сдать этот анализ АНОНИМНО;
   - Обследоваться на другие инфекционные заболевания, в том числе передаваемые половым путем.

   В СПИД-центре **человек, у которого обнаружена ВИЧ-инфекция,** может:
   - Бесплатно наблюдаться у врача-инфекциониста;
   - Сдавать анализы, с помощью которых определяется течение ВИЧ-инфекции (количество клеток CD4, тест на вирусную нагрузку и другие);
   - Получать направление на лечение в стационарах или специализированных отделениях лечебно-профилактических учреждений по ВИЧ-инфекции или сопутствующим заболеваниям;
   - Получать врачебные назначения и бесплатные препараты (насколько позволяет государственное финансирование);
   - В некоторых СПИД-центрах можно получить консультацию врачей других специальностей: фтизиатра, гинеколога, стоматолога, венеролога, нарколога;
   - В некоторых СПИД-центрах можно получать

психологическую, юридическую и социальную помощь;

- При некоторых СПИД-центрах существуют группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ, где можно получить психологическую помощь и поддержку.
  Телефон и адрес СПИД-центра, в который можно обратиться, можно найти через любую справочную систему.

2. Некоммерческие организации (НКО), работающие в области профилактики ВИЧ/СПИД.

На базе некоторых общественных организаций, работающих в области ВИЧ/СПИД, есть служба «Информационный Центр», обратившись в который можно получить доступ к достоверной информации о ВИЧ/СПИДе, к ресурсам помощи и поддержки для людей, живущих с ВИЧ, а также для их родных и близких.

В «Информационном Центре» люди могут получить достоверную информацию по вопросам жизни с ВИЧ/СПИДом, консультацию по принципу «равный-равному» (очно или по телефону), узнать об опыте других людей, живущих с ВИЧ.

Основными задачами службы являются:

- помощь человеку в принятии диагноза;
- помощь в том, чтобы научиться жить с ВИЧ позитивно;
- оказать помощь и поддержку при принятии решения о начале приема антиретровирусной терапии и формировании приверженности к терапии;
- стать источником помощи и поддержки в моменты возможных кризисов.

На базе «Информационного Центра» может быть организована **работа телефона доверия** для людей, живущих с ВИЧ и их близкого окружения (родные, друзья). Активисты сообщества людей, живущих с ВИЧ, прошедшие специальную подготовку, могут оказывать помощь и поддержку людям, обратившимся в службу, консультируя по принципу «равный-равному».

В «Информационном центре» можно получить **бесплатный доступ к Интернет-ресурсам.** Это дает возможность людям, живущим с ВИЧ, заходить на специализированные сайты по ВИЧ/СПИДу, узнавать последнюю информацию и тематические новости, общаться в чатах с людьми, живущими с ВИЧ, из других регионов, заводить новые знакомства. По Интернету в «Инфоцентре» возможно обмениваться информацией о работе других инфоцентров и НКО.

На базе «Информационного центра» могут проводиться **семинары** для тех, кто недавно получил свой ВИЧ-статус, организовываться встречи со специалистами, работающими в области ВИЧ/СПИДа и т.д.

В большинстве «Информационных Центров» есть **библиотека по ВИЧ/СПИД,** материалами которой можно пользоваться.

3. Группа само – и взаимопомощи

Группы само – и взаимопомощи могут быть созданы

- при общественных организациях, работающих в области ВИЧ/СПИД;
- при СПИД-центрах;
- в результате собственной инициативы людей, затронутых проблемой ВИЧ/СПИД.

В группе можно получить психологическую помощь и поддержку от других людей, живущих с ВИЧ.

Группа взаимопомощи является местом, куда человек, живущий с ВИЧ, может прийти, поделиться своими проблемами и быть уверенным, что его поймут и поддержат. Здесь можно обсудить вопросы лечения, правильного питания, трудоустройства, общения с друзьями и близкими, личных отношений. Получить последнюю информацию по вопросам лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа, различным правовым аспектам.

4. Информационный телефон

В некоторых городах работает бесплатная телефонная

информационная служба по вопросам ВИЧ/СПИД, наркомании и инфекций, передаваемых половым путем. Эта служба создана для того, чтобы любой человек имел возможность бесплатно и анонимно получить интересующую его информацию или консультацию у специалистов. Консультантами на информационных телефонах работают врачи, наркологи, психологи. Воспользоваться услугами телефонной службы можно в любое удобное время.

5. Специализированный Интернет сайт

Существуют Интернет - сайты, созданные для того, чтобы люди, столкнувшиеся с проблемой ВИЧ/СПИДа (не только ЛЖВС, но и родственники, друзья), могли обсудить свои проблемы, задать вопросы и получить на них ответы от специалистов. На сайте можно воспользоваться услугами Службы знакомств.

Служба знакомств - это возможность людям, живущим с ВИЧ, найти друзей, партнеров и спутников жизни. Также обратиться в Службу знакомств могут родные и близкие людей, живущих с ВИЧ, которые нуждаются в общении с теми, кто оказался в схожей ситуации.

Преимуществами специализированных Интернет - сайтов являются:

- возможность общаться, не называя своего имени (анонимно);
- благодаря тому, что сеть Интернет не ограничена географическими границами, общаться и делиться опытом могут люди из разных городов, разделенных сотнями и тысячами километров друг от друга.

Единственное, о чем мы считаем нужным предостеречь при пользовании услугами Интернет - сайта: в мире Интернет люди могут выдавать себя не за тех, кем они являются на самом деле, они могут заводить виртуальные романы с развлекательными целями. Однако это скорее исключение, чем правило.

Интернетом часто пользуются псевдоцелители, продавцы «волшебных» лекарств, которым не стоит доверять свое здоровье.

6. Служба знакомств «Надежда» для людей, живущих с ВИЧ

В Кемеровском Областном Центре по профилактике и борьбе со СПИД (ОЦПБС) организована служба знакомств для ВИЧ-инфицированных людей Сибири.

В рамках работы службы можно получать специализированный бюллетень «Сибирский альянс знакомств», который состоит из писем людей, желающих познакомиться для создания семьи, завязать дружескую переписку, обсудить волнующие вопросы и т.д.

Можно подать обьявление, и оно будет опубликовано в следующем бюллетене.

Чтобы стать абонентом, необходимо заполнить анкету, затем направить заполненную анкету в адрес ОЦПБС. Контактное лицо в ОЦПБС: Баранова Надежда Владимировна. В свое письмо нужно обязательно вложить чистый почтовый конверт.

У знакомств по бюллетеню есть несколько преимуществ:

- до того, как впервые увидеться с человеком, можно сколь угодно долго переписываться с ним - это сильно уменьшает вероятность разочарования при встрече;
- переписка позволяет хорошо узнать не только партнера, но и лучше понять себя;
- переписка вносит романтику в отношения.

Тел.: (384-2) 54-19-98 с 8-00 до 15-00.

Несут ли ВИЧ+ люди ответственность за заражение другого человека ВИЧ-инфекцией?

Да, но статья закона об ответственности за заражение значительно изменилась. И сейчас закон выглядит более разумным и гуманным.

21 ноября 2003 года Государственная Дума приняла в третьем чтении федеральные законы «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации».

Специального упоминания заслуживает дополнение статьи 122 УК РФ ("Заражение ВИЧ-инфекцией") примечанием, на основании которого человек, поставивший партнера в опасность заражения либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности, **"если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения".**

Такое дополнение освобождает ВИЧ-положительных людей от угрозы наказания, которая раньше довлела даже над супружескими парами, если один из супругов имеет такой статус, а другой считается здоровым.

Это изменение в законодательстве означает возможность пересмотра уголовных дел, заведенных по статье 122. В соответствии со статьями 396, 397 и 399 УПК РФ вопросы об освобождении от наказания или о смягчении наказания вследствие издания закона, имеющего обратную силу, рассматривает суд по месту отбывания наказания по ходатайству осужденного.

Статья 122 УК РФ. Заражение ВИЧ-инфекцией.

1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией наказывается ограничением

свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

2. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

3. Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц, либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

4. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей - наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Любой человек, получивший положительный результат теста на ВИЧ-инфекцию, будет считаться знающим о своем статусе. Если этот человек скрывает свой статус от своего сексуального партнера и практикует секс без презерватива, он может понести уголовную ответственность, даже если его партнер не заразился. Это относится не только к сексу, но и к другим действиям, при которых можно заразиться (совместное употребление наркотиков, татуировки, пирсинг). Однако использование презервативов избавляет от ответственности.

Ответственность по пункту 4 статьи 122 несут медицинские работники станций переливания крови и других медицинских учреждений, работники аптек (фармацевты), нарушившие в данном конкретном случае профессиональные обязанности, что привело к заражению человека ВИЧ-инфекцией.

Какие существуют законы, защищающие права ВИЧ-позитивных людей?

Существует несколько законов и других юридических документов, в которых оговариваются права людей с ВИЧ-инфекцией. Далее будут приведены только названия и номера этих документов. Все они опубликованы и действуют в настоящее время. **Это довольно объемные документы, но лучше их прочитать.**

- Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2004 г. № 856 "Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях".
- Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" Принят Государственной Думой 24 февраля 1995 года.
- Закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в РФ".
- Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения ".
- ст. 6.1. Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.01 г. № 195-ФЗ ВИЧ-инфицированные несут административную ответственность за сокрытие источника заражения, а также лиц, имевших с указанными лицами контакты, создающие опасность заражения ВИЧ-инфекцией.
- Статья 115 Уголовного кодекса РФ. Умышленное причинение легкого вреда здоровью
- Статья 122 Уголовного кодекса РФ. Заражение ВИЧ-инфекцией
- Статья 124 Уголовного кодекса РФ. Неоказание помощи

больному.

- Постановление Правительства РФ от 28 февраля 1996 г. N 221 "Об утверждении правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)".
- Постановление Правительства РФ от 13 октября 1995 г. N 1017 "Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)".
- Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 г.).

Человеку без юридического образования не всегда легко разобраться в содержании законов. Однако во многих городах существуют правозащитные негосударственные организации, которые проводят бесплатные юридические консультации. В ряде случаев сотрудники этих организаций отвечают на письма с юридическими вопросами. Кроме того, Вы можете рассчитывать на помощь СПИД - сервисных организаций (список адресов и телефонов в приложении).

Таблица "Клинико - иммунологическая классификация ВИЧ - инфекции с расширенным перечнем критериев диагностики СПИДа у взрослых и подростков" (исправленная и дополненная в 1993 году)

Категория в зависимости от уровня CD4+ клеток	Клиническая категория А	Клиническая категория В	Клиническая категория С
1. > 500 клеток/мкл	А1	В1	С1
2. 200 - 499 клеток/мкл	А2	В2	С2
3. < 200 клеток/мкл	А3	В3	С3

Клинические проявления категории А	Клинические проявления категории В	Клинические проявления категории С
Бессимптомное течение Острая ВИЧ - инфекция (проявления постепенно исчезают) Генерализованная лимфоаденопатия	Бициллярный ангиоматоз Ротоглоточный кандидоз Вульвовагинальный кандидоз персистирующий часто рецидивирующий или плохо поддающийся лечению Интераэпительная неоплазия шейки матки II или III Общие симптомы: повышенная температура тела, диарея продолжительностью более одного месяца Волосатая лейкоплакия слизистой оболочки ротовой полости Опоясывающий лишай: множественные рецидивы или поражения > 1 дерматома Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура Листериоз Воспалительные заболевания органов малого таза: особенно при развитии такого осложнения, как тубооварильный абсцесс Периферическая нейропатия	Кандидоз бронхов, трахеи, легких или пищевода Инвазивный рак шейки матки Диссеминированный или внелегочный кокцидиодомикоз Криптоспоридиоз (кишечная инфекция продолжительностью боле одного месяца) Цитомегаловирусная инфекция (за исключением поражений печени, селезенки или лимфатических узлов) Энцефалопатия, связанная с ВИЧ Инфекция вирусом простого герписа: хронические язвы, не заживающие более одного месяца, или бронхит, пневмонит или эзофагит Диссеминированный или внелегочный гистоплазмоз Изоспороз продолжительностью более одного месяца Саркома Капоши Лимфома Беркитта Иммунобластная лимфома Первичная лимфома головного мозга Инфекции, вызванные Mycobacterium avium complex или M.kansasil: диссеминированные или легочный Туберкулез любой локализации Микобактериозы, вызванные другими видами микобактерий, диссеминированные или внелегочные Пневмоцистная пневмония Рецидивирующая пневмония Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия Сальмонеллезная септицемия, рецидивирующее течение Токсоплазмоз мозга Кахектический синдром (синдром истощения), обусловленный ВИЧ-инфекцией

Источник: CDC, 1992

Таблица "Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции, разработанная экспертами ВОЗ, предложенные изменения

	Лабораторные данные		Клиническая группа			
	Количество CD4+ ИЛИ	Общее количество лимфоцитов	1	2	3	4
A	> 500 клеток/мкл	> 2000 клеток/мкл	A1	A2	A3	A4
B	200 - 499 клеток/мкл	1000-1999 клеток/мкл	B1	B2	B3	B4
C	< 200 клеток/мкл	< 1000 клеток/мкл	C1	C2	C3	C4

Клиническая стадия	Клиническое течение	Оценка функциональных возможностей	Предложенные изменения
Первая: Бессимптомная	1. Бессимптомное течение 2. Персистирующая генерализованная лимфоаденопатия 3. Острая ретровирусная инфекция	Нормальный уровень при оценке по различным шкалам	Нет
Вторая: легкое течение	1. Немотивированная потеря массы тела менее, чем на 10% 2. Минимальные поражения кожи и слизистых 3. Эпизод опоясывающего лишая за последние 5 лет 4. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей	Уровень функциональных возможностей, при котором присутствуют симптомы заболевания, но пациент практически полностью получает лечение амбулаторно	1. Вместо потери массы тела оценивать ИМТ - в данном случае 19-21 кг/кв.м* 2. Включить в спектр минимальных поражений кожи и слизистых острые язвы ротовой полости и гениталий* 3. СОЭ <65мм/ч определяет стадию II по Кигали 4. СОЭ >65 мм/ч определяет стадию III по Кигали
Третья: средней Тяжести	1. Немотивированная потеря массы тела более, чем на 10% 2. Хроническая диарея (более месяца) 3. Длительная интермиттирующая лихорадка или постоянно повышенная температура (более месяца) 4. Кандидоз полости рта 5. Волосистая лейкоплакия слизистой оболочки ротовой полости 6. Туберкулез легких, развивающийся в течение года, предшествовавшего осмотру 7. Тяжелые бактериальные инфекции 8. Кандидоз вульвы и влагалища (более месяца), хронический или плохо поддающийся лечению	Уровень функциональных возможностей, при котором пациент проводит в пастели менее 50% дневного времени, но больше, чем здоровый	1. Предполагается исключить кандидоз полости рта и туберкулез легких* 2. Рекомендуется вместо потери массы тела оценивать ИМТ в данном случае <19 кг/кв.м* 3. Разделение пациентов на амбулаторных и стационарных улучшило корреляцию с лабораторными маркерами (Kassa, 1999) 4. СОЭ <65мм/ч определяет стадию II по Кигали 5. СОЭ >65 мм/ч определяет стадию III по Кигали

Клиническая стадия	Клиническое течение	Оценка функциональных возможностей	Предложенные изменения
Четвертая: тяжелое течение	1. Синдром истощения (кахексии) при ВИЧ-инфекции, определяемый как немотивированная потеря веса > 10% от исходной и либо хроническая диарея (более месяца), либо хроническая слабость(более месяца), в сочетании с необъяснимым повышением температуры 2. Пневмоцистная пневмония 3. Церебральный токсоплазмоз 4. Хроническая диарея криптоспоридиальной этиологии (более месяца) 5. Хронический изоспороз с диарейным синдромом 6. Внелегочный криптококкоз 7. Цитомегаловирусная инфекция с поражением любых органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов 8. Инфекция вирусом простого герписа с поражением внутренних органов или хроническим (более месяца) поражением кожи и слизистых оболочек 9. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия 10. Любой диссеминированный эндемический микоз 11. Кандидоз пищевода, бронхов или легких 12. Диссеминированная инфекция, вызванная атипичными видами микобактерий 13. Сальмонеллезная септицемия (кроме S. typhi, возбудителя брюшного типа) 14. Внелегочный туберкулез 15. Лимфима 16. Саркома Капоши 17. ВИЧ-энцефалопатия	Уровень функциональных возможностей, при котором пациент проводит в пастели более 50%	Нет 1. Добавить кандидоз полости рта 2. Рекомендуется вместо потери массы тела оценивать ИМТ в данном случае <19 кг/кв.м* 3. Добавить хронические язвы (более месяца) ротовой полости и гениталий 4. Добавить туберкулез легких 5. СОЭ >65 мм/ч определяет стадию III по Кигали 6. Добавить положительные серологические тесты на ВИЧ** Добавить инвазивный рак шейки матки**

ИМТ - индекс массы тела
**Lifson,1995*
*** De Cock, 1993*
Источник: W.H.O., 1993.

Классификация ВИЧ-инфекции

(В.И. Покровский, 2001 г.)

1. Стадия инкубации

2. Стадия первичных проявлений

Варианты течения:

А. Бессимптомная

Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.

В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.

3. Субклиническая стадия

4. Стадия вторичных заболеваний

4А Потеря веса менее 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Фазы Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4Б Потеря веса более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца; волосистая лейкоплакия; туберкулез; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

Фазы Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4В Кахексия; генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода, бронхов, легких; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения

центральной нервной системы различной этиологии.
Фазы Прогрессирование (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).
5. Терминальная стадия.

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции

1. "Стадия инкубации" - период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений "острой инфекции" и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3-х недель до 3-х месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет, и антитела к ВИЧ еще не выявляются.

2. "Стадия первичных проявлений" связана с первичным ответом организма на внедрение и репликацию ВИЧ, выраженным в виде клинических симптомов и/или выработки антител.
Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции может иметь несколько вариантов течения:
2А "Бессимптомная" - характеризуется отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ выражается лишь в выработке антител.
2Б "Острая инфекция без вторичных заболеваний" - характеризуется разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто регистрируются лихорадка, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит, увеличение печени, селезенки, диарея. Иногда развивается "асептический менингит", проявляющийся менингеальным синдромом. Такой вариант течения, отмечаемый у 15-30%

больных, называют "мононуклеозоподобным", или "краснухоподобным" синдромом. У большинства больных встречаются 1-2 из вышеперечисленных симптомов в любых сочетаниях. На этой стадии отмечается транзиторное снижение уровня CD4 лимфоцитов.

2В "Острая инфекция со вторичными заболеваниями"- характеризуется значительным снижением уровня CD4лимфоцитов. В результате на фоне иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (кандидозы, герпетическая инфекция и т.д.). Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония); в редких случаях возможен даже смертельный исход.

Стадия первичных проявлений, протекающая в форме острой инфекции (2Б и 2В), регистрируется у 50-90% больных ВИЧ-инфекцией и, как правило, отмечается в первые три месяца после заражения. Она может опережать сероконверсию, то есть появление антител к ВИЧ.

Поэтому при первых клинических симптомах в сыворотке больного антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ можно не обнаружить.

Продолжительность клинических проявлений во второй стадии может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев, однако обычно они регистрируется в течение двух-трех недель. Клиническая симптоматика стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции может рецидивировать. Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции, у подавляющего большинства больных, переходит в субклиническую, но у некоторых она может сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

3."Субклиническая стадия" характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита.

Скорость размножения ВИЧ в этот период, по сравнению со стадией первичных проявлений, замедляется.
Основным клиническим проявлением субклинической стадии является "персистирующая генерализованная лимфоаденопатия" (ПГЛ). Для нее характерно увеличение не менее двух лимфоузлов не менее, чем в двух не связанных между собой группах (не считая паховых) у взрослых до размера в диаметре более 1 см., у детей более 0,5 см, сохраняющихся в течение не менее трех месяцев. Обычно эти лимфатические узлы эластичны, безболезненны, не спаяны с окружающей тканью; кожа над ними не изменена.
Увеличение лимфоузлов в третьей стадии может не соответствовать критериям ПГЛ или вообще не регистрироваться.
Длительность субклинической стадии составляет от 2-3 до 20 и более лет, но в среднем она продолжается шесть-семь лет. Скорость снижения уровня Cd4 лимфоцитов в этот период составляет 50-70 клеток/мм^3 в год.

4. "Стадия вторичных заболеваний" связана с истощением популяции CD4 лимфоцитов. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания.
В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.
4А - обычно развивается через 6-10 лет от момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Обычно стадия 4А развивается у пациентов с уровнем Cd4 лимфоцитов 350-500 клеток/мм^3 (у здоровых лиц число Cd4 лимфоцитов колеблется в пределах 600-1900 клеток/мм^3).
4Б - чаще возникает через 7-10 лет от момента заражения. Кожные поражения в этот период носят более глубокий

характер и склонны к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Могут отмечаться потеря веса, лихорадка, локализованная саркома Капоши, поражение периферической нервной системы. Обычно стадия 4Б развивается у пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов 200-350 клеток/мм^3.

4В - преимущественно выявляется через 10-12 лет от момента заражения. Она характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением центральной нервной системы. Обычно стадия 4В имеет место при уровне CD4 лимфоцитов менее 200 клеток/мм^3.

5. "Терминальная стадия" проявляется необратимым течением вторичных заболеваний.
Даже адекватно проводимая антиретровирусная терапия и лечение вторичных заболеваний оказываются неэффективными. В результате больной погибает в течение нескольких месяцев. На этой стадии число CD4 клеток, как правило, ниже 50 клеток/мм^3.

Лабораторные исследования

Первый тест на ВИЧ появился после идентификации вируса в 1984 году. ВИЧ-инфекция определяется по наличию антител на вирус или при обнаружении вирусных антигенов посредством тестов на базе нуклеиновых кислот или посредством выделения культуры вируса. Стандартный тест представляет собой серологическое определение антител к ВИЧ. Существует два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые гомологичны по аминокислотному составу на 40-60 %. ВИЧ-1 подразделяется на 2 группы (M и O), а группа M подразделяется на подгруппы от A до I I.

Тесты на ВИЧ-антитела

ELISA/ELA (ИФА) (enzyme-linked immunosorbent assay твердофазный иммуноферментный анализ). Наиболее распространенным тестом для определения антител к IgG ВИЧ в сыворотке пациента является иммуноферментный анализ (ИФА). В этой реакции ВИЧ-антитела пациента связываются с антигеном ВИЧ в присутствии фермента, преобразующего бесцветный субстрат в окрашенный продукт, который затем анализируют спектрофотометрически. Рекомендуется подтверждение первичной реактивности образца путем повторного теста с использованием вирусных антигенов и/или тест-системы иного типа, прежде чем объявить окончательный положительный результат.

Иммуноблоттинг (вестерн блоттинг). Этот тест предназначен для определения антител к ВИЧ-1. Кроме того, он позволяет путем электрофореза определить специфический антиген, против которого направлены антитела. Хотя точные критерии того, что является положительным результатом иммуноблоттинга противоречивы, этот тест широко используется для подтверждения положительного теста ИФА, однако, не считается обязательно необходимым. Чувствительность и специфичность комбинации ИФА и подтверждающего

его иммуноблоттинга для ИФА-положительных образцов превышает 99,9%.

Тесты на антиген ВИЧ

Тест на антиген ВИЧ p-24. В этом тесте измеряется количество свободного вирусного белка (p-24), присутствующего в плазме или в надосадочной жидкости культуры ткани, на ранней стадии ВИЧ-инфекции, а затем снова при прогрессировании СПИДа.

Методики получения вирусной культуры

Мононуклеары периферической крови (PBMC peripheralblood mononuclear cells) являются ко-культурой для выделения ВИЧ-1. Процедура выделения вируса в культуре ткани является очень дорогостоящей методикой, требующей больших затрат времени и труда при переменном успехе, поэтому для диагностики инфекции ее использовать нецелесообразно.

ПЦР (полимеразная цепная реакция)

ПЦР была внедрена в практику в конце 80-х годов и явилась существенным прогрессом в диагностике многих заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию. Эта высокочувствительная методика позволяет увеличить содержание целевых ДНК или РНК, существующих в очень малых количествах (даже при наличии одной копии ВИЧ на 100 000 клеток) посредством серии бинарных циклов репликации.

Однако основной проблемой амплификации при ПЦР является, как ни странно, ее невероятная чувствительность. К сожалению, неизбежное загрязнение реагентов или целевой ДНК может приводить к ложноположительным результатам. Тем не менее, при соответствующем проведении реакции в лабораториях и наличии опытного персонала, эта методика позволяет обнаружить инфекцию на ранней стадии, когда серологический ответ еще не сформировался.

Измерение вирусной нагрузки с помощью такого количественного метода, как ПЦР стало стандартной методикой определения стадий заболевания и оценки эффективности антиретровирусной терапии. ПЦР играет определенную роль и в диагностике первичной ВИЧ-инфекции, хотя здесь следует действовать с осторожностью.

Точность

Самые новые и более чувствительные тесты уменьшают период "окна" до 3-4 недель. Несмотря на то, что точность серологических реакций на ВИЧ тоже очень высока, их результаты могут быть положительными, отрицательными и неопределенными. Критериями положительности теста является повторно положительный ИФА с последующим положительным иммуноблоттингом. Неопределенный результат чаще всего это положительная реакция в ИФА и наличие в иммуноблоттинге антител лишь к одному белку, обычно к p-24. Среди многих причин неопределенных результатов следует упомянуть сероконверсию и перекрестное реагирование аллоантител или аутоантител.

Пациенты из категорий с малым риском заражения при наличии промежуточных результатов почти никогда не оказываются инфицированными ни ВИЧ-1, ни ВИЧ-2, однако, неопределенный результат следует перепроверить, повторив тестирование через 3-12 недель.

Период "окна"

Это период от момента инфицирования ВИЧ до сероконверсии и обычно он составляет менее 3-4 месяцев. Лишь в редких случаях этот период может быть длиннее.

ВИЧ-2

ВИЧ-2 первично был обнаружен в странах западной

Африки. Обычно в коммерческих тест-системах для ИФА содержатся антигены ВИЧ-2, и, если исследуемая сыворотка взята у лица, инфицированного ВИЧ-2, реакция будет положительной.

Ложноположительные реакции на ВИЧ

Административная ошибка в клинике или лаборатории (например, путаница в маркировке образцов или бланков) может привести к неверным результатам, сообщаемым лицам, проходящим тестирование на ВИЧ-инфекцию. Поэтому рекомендуется у всех пациентов с положительной реакцией на наличие антител к ВИЧ взять еще одну пробу крови и исследовать ее на антитела к ВИЧ по той же методике.

Под ложноположительным тестом на ВИЧ понимают комбинацию положительного ИФА и иммуноблоттинга. При скрининге популяций с низким уровнем распространения инфекции доля регистрируемых ложноположительных результатов тестирования составляет от 0,0004 до 0,0007%.

Наиболее распространенной причиной ложноположительного теста является вакцинация. Однако описан один случай такого результата при заболевании системной красной волчанкой и в терминальной стадии заболевания почек.

При скрининге на обнаружение в плазме крови РНК ВИЧ также могут быть получены ложноположительные результаты, поэтому в таких случаях требуется их подтверждение обычными серологическими методами.

Список литературы

1. Абрамова Г.С. Практическая психология: Учебник для студентов вузов. - М.: Академический проект, 2001.
2. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. - М. 2000.
3. Алешина Ю.Е. Специфика психологического консультирования //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1994. - №3.
4. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции //Пособие для врачей различных специальностей.
5. Беляева В.В. "Консультирование при ВИЧ-инфекции", Москва, 2003.
6. Беляева В.В. "Консультирование в системе реабилитации при ВИЧ-инфекции"// Эпидемиология и инфекционные болезни №1, 2001.
7. Бибринг Э. Психоанализ и динамическая психотерапия // Психоаналитический вестник. - 1999. Т. 8.-№2.-С. 13-29.
8. БьюджентальДж. Искусство психотерапевта. - СПб.: Питер, 2001.
9. Битянова М.Р. "Социальная психология", 1993.
10. Васьковская С.В., Горностай П.П. Психологическое консультирование: Ситуационные задачи. - Киев: Вища школа, 1996.
11. Глэдинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. - СПб: Питер, 2002.
12. Данные о распространении ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации. Федеральный научно-методический центр МЗ и Социального развития РФ по профилактике и борьбе со СПИДом. 2005.
13. Джордж Р., Кристиани Т. Консультирование: теория и практика/ Перевод с англ. Александра Шадура. - М.: Изд-во Эксмо, 2002.
14. Европейские стандарты диагностики и лечения заболевай, передаваемых половым путем. - М.: Мед.лит, 2004.

15. Елизаров А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: Учебное пособие. - М.: "Ось - 89", 2003. - 336с.
16. Капустин С.А. Границы возможностей психологического консультирования // Вопросы психологии. - 1993. - №5.
17. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. - М.: Академический проект, 1999.
18. Леванова Е.А. "Готовясь работать с подростками", 1993г.
19. Материалы для участников семинара "Консультирование в программах профилактики ВИЧ-инфекции", 2004.
20. Майерс Д. Социальная психология/ Перевод с англ. - СПб.: Питер, 1996.
21. Меновщиков В.Ю. Введение в психологическое консультирование. - М.: Смысл, 1998.
22. Методы оценки добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ. ЮНЕЙДС, перевод на русс. яз., ноябрь 2000.
23. Мотивационные стратегии и их использование в психотерапевтических программах раннего этапа реабилитации наркоманов. С. Домрачева, Л. Халабуда, С. Семенов.
24. Немов Р.С. "Возрастная психология", 1994.
25. Обозов Н.Н. Психологическое консультирование (методическое пособие). - СПб.: Санкт- Петербургский государственный университет, Центр прикладной психологии, 1993.
26. "Поговорим о СПИДе" пособие для работы с населением. Российская ассоциация "Планирование семьи", 1996г.
27. Пособие для медицинских работников. Коммуникации и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Здоровая Россия, 2005.
28. Ройт А. Основы иммунологии. Пер с англ. - М.: Мир, 1991
29. Руководство "Консультирование до и после теста на ВИЧ", AFEW. - Алматы, 2005.
30. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Под ред. Джин Р. Андерсоню, AIHA, 2001.

31. Самоукина Н.В. Искусство управления персоналом банка: Организационная культура. Стили руководства. Деловое общение. Антистрессовая программа. Конфликты. - М.: Русская деловая литература, 1997.
32. Справочник для ЛЖВ, "Гуманитарный проект", Новосибирск, 2005.
33. Справочник по обучению консультированию по ВИЧ/СПИД. ВОЗ, глобальная программа по СПИД, ЮНЕЙДС.
34. Столин В.В. Самосознание личности.- М.: МГУ. 1983.
35. Телефон доверия по ВИЧ/СПИД: организация, менеджмент, консультирование, 2002.
36. Технический обзор ЮНЕЙДС: Добровольное консультирование и тестирование. Серия "Передовой опыт", октябрь 2000.
37. Я хочу провести тренинг. - Новосибирск: "Гуманитарный проект", 2005
38. Ягиюк К.В. Принципы проведения первичной консультации. //Журнал практической психологии и психоанализа. - 2000. - № 2.