Рекомендации

по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп

Практическое пособие для социальных работников

«СПИД Фонд Восток-Запад» (*AFEW*)

Алматы, 2007

Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников.

Настоящие Рекомендации подготовлены «СПИД Фондом Восток-Запад» (*AFEW*) с целью помочь заинтересованным специалистам в организации процесса *социального сопровождения* для представителей уязвимых групп, в частности, потребителей наркотиков, женщин, вовлеченных в секс-бизнес, и людей, находящихся в местах лишения свободы.

Авторский коллектив *AFEW*: Вера Дите, Ягдар Туреханов, Ольга Юн, Зоя Бартеньева, Елена Демченко, Вадим Демченко, Ирина Крашенинникова, Дмитрий Речнов.

Авторы отдельных разделов и глав: Григорий Латышев, Ольга Смирнова – РОБО «Центр профилактики наркомании», Санкт-Петербург.

Рецензенты: Жусупов Бауржан Сабитович – руководитель группы по СПИДу, офис CDC – Центральная Азия, Республика Казахстан; Пулатов Дилшод Абдусатторович – ведущий специалист филиала Центра по контролю над наркотиками и профилактике наркомании Министерства здравоохранения Республики Таджикистан в Согдийской области; Эстебесова Батма Абибовна – врач-психотерапевт, нарколог, координатор ОО «Социум», директор Ассоциации программ снижения вреда «Партнерская сеть», Республика Кыргызстан; Садуакасова Светлана Олеговна – директор ОФ «Талдыкорганский региональный фонд содействия занятости», Республика Казахстан.

© «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AFEW*), 2007

Все права защищены. Воспроизведение, передача, распространение или дублирование любой части содержащихся в публикации материалов допускается при условии их некоммерческого использования в дальнейшем. Ссылка на «СПИД Фонд Восток-Запад» *(AIDS Foundation East-West, AFEW)* обязательна. Нарушение авторских прав будет преследоваться в соответствии с международной правовой практикой.

Оглавление

Введение 5
Словарь терминов 9
Социальная работа и социальное сопровождение 11
Что такое социальная работа и каковы ее функции 12
Роль социального сопровождения в программах профилактики ВИЧ-инфекции. 17
Виды программ по социальному сопровождению. 21
Доказательства эффективности программ социального сопровождения. Результаты исследований различных моделей 25
Стадии процесса социального сопровождения: семь шагов для достижения успешного результата работы с клиентом 29
Этап 1. Привлечение и прием клиента в программу 30
Этап 2. Оценка потребностей и составление сервисного плана 34
Этап 3. Разработка индивидуального плана 42
Этап 4. Процесс сопровождения 47
Этап 5. Координация услуг и контроль качества 55
Этап 6. Выход из программы 57
Организация работы социального бюро 59
Принципы построения работы с клиентом 62
Система работы социального бюро 64
Хранение информации о клиенте 66
Работа со специалистами по социальному сопровождению (социальными работниками) 69
Требования к специалисту по социальному сопровождению, подбор кадров и обучение 69
Цели и задачи супервизии 75
Профилактика синдрома профессионального сгорания 84
Проект *AFEW* «Создание комплексной региональной системы профилактики ВИЧ среди уязвимых групп населения» (2005–2008 гг): модель «Пирамида» 89
Основные принципы построения партнерской сети по обеспечению социального сопровождения. 97
Координация деятельности служб по оказанию различных услуг клиенту 97
Опыт построения партнерской сети проекта «Социальное сопровождение» в Кыргызстане 106
Приложения 111

Введение

Настоящие Рекомендации подготовлены «СПИД Фондом Восток-Запад» (*AFEW*) с целью помочь заинтересованным специалистам в организации процесса *социального сопровождения* для представителей уязвимых групп, в частности, потребителей наркотиков, женщин, вовлеченных в секс-бизнес, и людей, находящихся в местах лишения свободы. Социальное сопровождение является действенным и эффективным подходом, используемым программами профилактики ВИЧ-инфекции. В этой связи авторы посчитали важным и своевременным представить коллегам обобщение теоретического и практического опыта, существующего в данной области.

AFEW рекомендует социальное сопровождение в качестве основного подхода, благодаря которому целевая аудитория может получить доступ к медицинским, юридическим и другим услугам. Специалист по сопровождению выступает в качестве посредника и представляет интересы клиента в службах помощи. В процессе информирования и обучения клиента использованию имеющихся ресурсов специалист по сопровождению проводит оценку его потребностей и осуществляет мониторинг прогресса ситуации. Специалист по сопровождению выявляет и работает с потребностями клиента в области физического и психосоциального благополучия, образования, способности обеспечивать себя, контролировать факторы риска в отношении ВИЧ-инфекции, а также в других областях, так или иначе связанных с доступом к медицинской помощи и поддержке. Сюда можно отнести доступ к первичной медицинской помощи, лечению наркотической зависимости, специфическим услугам для людей, живущих с ВИЧ, консультированию, профессиональному обучению, помощи в трудоустройстве и юридической помощи.

AFEW определяет приоритеты, первоочередные нужды и базовые организации для развития программ по социальному сопровождению, исходя из результатов проведения оценки ситуации в стране и регионе. В каждом конкретном случае *AFEW* разрабатывает стратегию работы, специфические способы привлечения клиентов, определяет цели и задачи проекта.

Рекомендации основаны на международных стандартах в области социального сопровождения и опыте *AFEW*, получен-

ном по мере реализации партнерского проекта в четырех областях стран Центральной Азии. Рекомендации не претендуют на универсальность. Их ценность прежде всего заключается в том, что они основаны на опыте организаций, работающих в условиях ограниченных ресурсов. Рекомендации содержат описание технологии и практических инструментов построения системы социального сопровождения для представителей уязвимых групп, а также некоторые теоретические предпосылки функционирования подобных систем.

Рекомендации составляют первую часть большого ресурсного пакета по социальному сопровождению, в который также войдут программы типовых тренингов для специалистов и необходимые для их проведения раздаточные материалы. При составлении Рекомендаций мы стремились учесть весь позитивный опыт, накопленный в данной области. В ряде случаев (например, в разделе о базовых принципах социальной работы и супервизии), если взгляды авторов не противоречили видению нашей организации, мы использовали их статьи и данные исследований, представленные в открытых источниках.

Рекомендации дополнены набором приложений, иллюстрирующих теоретический материал. Кроме того, к Рекомендациям прилагается набор стандартов, связанных с оказанием услуг по социальному сопровождению в области ВИЧ-инфекции, и руководство к использованию базы данных по мониторингу программы социального сопровождения. Оба эти документа являются практическими инструментами и необходимы для организации работы социального бюро.

Выражение признательности

«СПИД Фонд Восток-Запад» выражает глубокую признательность всем, кто принимал участие в работе над Рекомендациями, участвовал в обсуждении сигнального выпуска Рекомендаций в ходе региональной партнерской встречи в г. Бишкек 28 мая 2007 года, нашим рецензентам. Рекомендации являются результатом совместной работы, и вклад коллег из партнерских организаций, безусловно, имеет огромное значение. Спасибо вам!

Мы благодарим за помощь в работе над Рекомендациями Александра Паленого, Айдара Карабаева, Павла Иванова, Светлану Анкушеву, Розу Олейникову, Наталью Комарову, Рашода Бокоева, Мамада Одинаева, Маарама Азизмамадова, Дилором Аббасову, Дилором Эгамбердыеву, Ольгу Тулянову, Ибрагима Мадалиева, Консулув Шарипову, Анвара Ирискулова, Шавката Шукурова, Шоиру Ахмедову, Бахору Хамдамову, Гюли Ахмедову, Наталью Рыбину, Оксану Катькалову, Бонивура Ишемкулова, Искандера Шаяхметова, Тургунбека Токтосунова, Шахназ Исламову, Мурадила Жумашева, Мадину Токомбаеву, Наталью Шумскую, Улана Соронкулова, Арсения Павловского, Шарофиддина Юлдашева, Елену Яковлеву, Икрома Ибрагимова, Фархода Сайдуллоева.

Термины и сокращения

Социальное бюро – специализированная служба для предоставления услуг по социальному сопровождению.

Специалист по социальному сопровождению (социальный работник) – сотрудник социального бюро, осуществляющий индивидуальную работу с клиентами бюро.

Уязвимые группы (целевые группы) – люди, живущие с ВИЧ или имеющие повышенный риск заражения ВИЧ-инфекцией: секс-работники (СР), потребители инъекционных наркотиков (ПИН), лица, находящиеся в местах лишения свободы, бывшие осужденные.

ПИН – потребитель инъекционных наркотиков.

СР, **РКС** – секс-работник, работник коммерческого секса.

СР/ПИН – секс-работник, являющийся потребителем инъекционных наркотиков.

ССН – снижение спроса на наркотики (программа).

СВ – снижение вреда (от употребления наркотиков, программа).

СС – социальное сопровождение (программа).

СИП – стадии изменения поведения.

ИП – индивидуальный план.

МИ – мотивационное интервьюирование.

ДКТ – дотестовое консультирование и тестирование (ВИЧ, ИППП, гепатиты).

ОИ – оппортунистические инфекции.

НКО – некоммерческие организации

AFEW – «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West*).

Глава 1 – Социальная работа и социальное сопровождение

Часто в процессе представления социального сопровождения – удачной, на наш взгляд, формы работы с уязвимыми группами (в частности, в области профилактики ВИЧ-инфекции), мы сталкиваемся с тем, что специалисты воспринимают социальное сопровождение, как деятельность, которой занимаются или должны заниматься только социальные службы (не службы здравоохранения или общественные организации).

Возможно, причиной такого отношения к социальному сопровождению служит то, как понятие было переведено на русский язык. В оригинале данный термин звучит как «client management» или «case management» – дословно «ведение клиента» или «ведение случая» – и означает индивидуальную работу с клиентом с целью оказания ему поддержки. Двусмысленность в понимании возникла из-за того, что в странах СНГ понятия «социальная служба» и «социальная помощь» традиционно рассматриваются лишь в контексте распределения неких благ: льгот, пенсий, пособий или иных материальных ресурсов – среди конкретных категорий населения: пенсионеров, инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей, и т. д. При таком восприятии социальной работы люди, живущие с ВИЧ, наркопотребители, осужденные и секс-работники как бы оказываются за рамками деятельности социальных служб.

По нашему мнению, наиболее приемлемым вариантом трактовки «case management» является следующий: **это деятельность**, **направленная на решение социальных проблем конкретного индивидуума, социального слоя или социальной группы**. Социальная работа имеет целью создание условий, которые бы благоприятствовали восстановлению или улучшению способностей человека или группы самостоятельно обустраивать свою жизнь. Данное определение не позволяет сузить понятие социальной работы до распределительно-разрешительных функций или исключить из области ее интересов какие бы то ни было группы населения, вне зависимости от их возраста, интересов, статуса и т. д.

Определение понятия социальной работы было одобрено на Всемирном форуме Международной федерации социальных работников, проходившем с 29 сентября по 1 октября 2004 года:

«Профессиональная деятельность социальных работников способствует общественным изменениям и решению проблем человеческих взаимоотношений, содействует повышению возможностей и обеспечению равноправия людей в целях улучшения их благополучия. Используя теории поведения человека и развития общественных систем, социальная работа способствует взаимодействию людей с их окружением. Принципы прав человека и социальной справедливости являются фундаментом социальной работы».

Специалист по социальной работе владеет комплексом знаний и практических навыков, приобретенных в результате общей и специальной подготовки и практической деятельности.

Что такое социальная работа и каковы ее функции

Для того чтобы определить основные функции социальной работы в современном обществе, мы предлагаем опираться на взгляды и представления, которые излагает в своей статье «Социальная работа как культурный феномен современности» ректор Московской школы социальных и экономических наук доктор Теодор Шанин[1].

«В обыденном сознании с социальной работой зачастую связаны представления, которые не соответствуют действительности, но тем не менее они очень живучи. Нередко можно услышать мнение, что социальная работа – это просто современный светский вариант религиозной благотворительности, уходящей корнями в Средневековье. На самом деле благотворительность и социальную работу объединяет лишь общая альтруистическая установка[2]. По всем прочим основным параметрам – целям,

[1] Теодор Шанин. Социальная работа как культурный феномен современности. – «Русский Журнал» // http://old.russ.ru/journal/inie/97-09-26/shanin.htm.

[2] **Альтруизм** (лат. «alter» – другой) направленность поведения и деятельности человека, ставящая интересы другого человека или общее благо выше личных интересов. Как правило, используется для обозначения способности приносить собственную выгоду в жертву ради общего блага.

методам и структуре, которые связаны с особой подготовкой работников-исполнителей, они существенно различаются».

«Социальный работник видит свою задачу в том, чтобы человек, которому он помогает, смог обходиться без этой помощи и без социального работника, что и считается основным критерием профессионального успеха. Процесс, посредством которого этого пытаются достичь, называют по-разному: реабилитация, нормализация, реадаптация. Но главная цель всегда состоит в том, чтобы вернуть клиенту способность действовать самостоятельно в данном социальном контексте... Для этого будущих социальных работников учат разбираться в индивидуальной психологии клиентов, в характере связи человека с семейным и более широким социальным окружением, обучают приемам развития у своих подопечных активности и самостоятельности... В социальной работе центральной фигурой является клиент, а целью – освобождение его от нужды в социальных работниках».

«Понятие “социальный работник” вошло в обиход в конце XIX–начале XX века. Но как самостоятельная профессия и академическая дисциплина социальная работа вполне утвердила себя лишь после Второй мировой войны. Идеи New Deal в Соединенных Штатах 30-х /…/ стали выражением признания права каждого человека (только потому, что он человек!) иметь некий минимум достойного существования, и превратили государство в гарант реализации этого права. Однако вскоре выяснилось, что для претворения идеи в жизнь недостаточно хороших законов и соответствующих материальных ресурсов. Нужна также специальная система индивидуализированной помощи людям, которые по тем или иным причинам не ”вписываются“ в современное общество, находятся за его ”бортом“. Правительственным циркулярам и государственным ассигнованиям на социальные нужды предстояло найти конкретного адресата, сами циркуляры – ”подогнать“ к запросам конкретных людей, а в ряде случаев даже существенно пересмотреть. Эту функцию взяли на себя социальные работники».

С точки зрения специализации (на сегодняшний день существует более 20 направлений социальной работы) можно выделить:

- социальных работников, занятых преимущественно управленческим трудом (менеджеры социальных служб и органов социальной защиты);
- социальных работников, занятых контактной социальной работой в рамках основных видов социального обслуживания (социально-экономические, социально-медицинские,

социально-педагогические, социально-правовые и социально-бытовые услуги);
– группы работников, занятых профилактической работой (профилактика заболеваний, социальной исключенности, правонарушений и др.).

Социальные работники используют объективные и научные способы решения проблем, которые общество традиционно относит к сфере частной жизни. При этом профессиональные навыки социального работника могут являться частичной заменой неформальных межличностных контактов, таких как родственная поддержка или дружеский совет.

В своей деятельности социальные работники исходят из многообразия индивидуальных потребностей человека. Формально позиция социальных работников как профессионалов предполагает объективность и беспристрастность. Но постоянно сталки ваясь с человеческими страданиями, они редко сохраняют позицию безучастных зрителей и в большинстве случаев становятся представителями интересов и защитниками прав самых незащищенных слоев населения. Эта функция, выполняемая социальными работниками в профессиональном контексте, является основной при осуществлении социальной работы.

Деятельность социального работника нацелена на решение следующего комплекса задач:
– адаптация клиентов к существующим общественным условиям, формирование их активной позиции в решении своих проблем;
– диагностика социальных и личностных проблем;
– социальная профилактика;
– социальная помощь и социальное обеспечение нуждающихся;
– консультирование;
– социальная реабилитация;
– социальный надзор и попечительство;
– содействие в получении клиентом медицинских и социальных услуг;
– забота о создании условий для проявления способностей клиентов самостоятельно устроить свою жизнь.

Реализация функций социального работника происходит как на уровне личных контактов с клиентом, так и опосредованно: в процессе решения задач, связанных со взаимодействием

клиента и служб помощи или различных служб помощи между собой. Взгляды на функции социального работника разняться в разных странах и меняются со временем. Однако четыре базовые функции продолжают неизменно упоминаться в большинстве источников, включая учебные пособия и профессиограммы[3]. Эти четыре функции мы приводим здесь в той редакции, в которой они предлагаются для рассмотрения в учебном пособии «Теория социальной работы»[4].

1. Коммуникативная функция

Реализация коммуникативной функции предполагает умение специалиста общаться с людьми разного уровня образования, возраста, различной социальной и культурной принадлежности и т. д. и в этой связи требует наличия широкого диапазона коммуникативных навыков. Одной из наиболее сложных проблем, которые должен решать социальный работник в общении с клиентом, является двойственность коммуникативной позиции. С одной стороны, он управляет общением, с другой – нацелен на диалогические отношения. То, насколько успешно социальный работник способен справиться с данной ситуацией, во многом определяет конечный результат его работы. В случае если социальный работник строит общение с клиентом недостаточно «сбалансированно», клиент и консультант могут прийти к неправильному пониманию того, как между ними разделяется ответственность за результат работы. Последствием также может оказаться профессиональное сгорание консультанта, непродуктивное затягивание процесса сопровождения и формирование ложных ожиданий.

2. Педагогическая функция (функция наставника)

Эта функция связана с обучающим аспектом деятельности специалиста, нередко выступающего в качестве консультанта или эксперта. Он обучает клиентов навыкам поведения в тех или иных ситуациях и осуществляет их правовое просвещение. Многие клиенты воспринимают социальных работников не только как представителей определенной службы, но и как помощников,

[3] **Профессиограмма** (лат. «professio» – специальность, «gramma» – запись) описание особенностей конкретной профессии, раскрывающее специфику профессионального труда и требований, которые предъявляются к человеку..

[4] Ромм М.В., Андриенко Е.В., Осьмук Л.А.,. Скалабан И.А. и др. Теория социальной работы/ Учеб. пособие. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2000.

наставников, советчиков, способных найти решение в сложной жизненной ситуации.

3. Организационная функция

Эта функция связана с созданием социальных служб и управлением ими.

Социальный работник:

- привлекает к сотрудничеству различные учреждения государственного и неправительственного секторов и тем самым способствует организации и развитию деятельности по оказанию помощи и предоставлению услуг социально незащищенным и уязвимым людям;
- разрабатывает и реализовывает проекты, влияющие на повышение качества социально незащищенных и уязвимых людей, тем самым оказывая им поддержку.

4. Психологическая функция

Эта функция реализуется в стремлении социального работника использовать внутренние ресурсы и творческие способности клиента в борьбе с неблагоприятными социальными условиями жизни. Диагностические основы социальной работы связаны с выявлением истоков возникновения различных личностных деформаций и способов поведения, ведущих к социальной дезадаптации. Одновременно с этим в процессе работы с клиентом выявляются условия, способствующие поддержке и реадаптации людей, эффективно решающих социально-психологические трудности.

Все функции социальной работы взаимосвязаны и взаимообусловлены. На практике они всегда составляют единое целое.

В настоящее время деятельность социального работника охватывает широкий круг учреждений и направлена на следующую аудиторию:

- уязвимые и социально незащищенные группы населения: потребители наркотиков, секс-работники, бывшие осужденные, трудовые мигранты, беженцы, лица с ограниченными возможностями, безработные, лица, находящиеся в местах лишения свободы, люди, живущие с ВИЧ;
- сотрудники управленческих структур и неправительственных организаций.

Социальная работа осуществляется через систему служб и учреждений, в совокупности решающих задачу проведения в жизнь социальной политики государства, содействия нормальному функционированию социальной среды, а также поддержке стабильности в обществе посредством оптимизации жизнедеятельности человека.

Роль социального сопровождения в программах профилактики ВИЧ-инфекции

Опыт работы с уязвимыми группами, в частности с потребителями наркотиков, секс-работниками и людьми, находящимися в местах лишения свободы, свидетельствует, что положительные результаты в изменении их поведения не всегда обусловлены только обучением и предоставлением необходимых ресурсов.

Как правило, у представителей данных целевых групп существует не одна, а целый комплекс проблем бытового, медицинского, юридического и психологического характера. При этом проблемы, связанные с сохранением и поддержкой здоровья, часто не являются приоритетными – их опережает потребность в личной безопасности, желание избавиться от хронического стресса, голода и одиночества. Данным фактом ни в коем случае нельзя пренебрегать, перенося акцент вашей работы на дискуссии и развитие навыков у клиента преимущественно в область профилактики инфекционных заболеваний (в частности, ВИЧ-инфекции).

Чтобы эффективно обсуждать вопросы профилактики ВИЧ-инфекции, необходимо заранее создать условия для подобного обсуждения. Игнорируя наличие других проблем у клиента, мы заведомо обрекаем себя на неудачу: разговоры о профилактике ВИЧ-инфекции и изменении поведения будут оставаться для него «пустым звуком».

Именно этот тезис лежит в основе программ профилактики ВИЧ-инфекции, основанных на концепции социального сопровождения. Клиенты программы получают помощь в решении наиболее актуальных для них проблем. Со временем у социального работника появляется возможность обсудить с клиентом вопросы, касающиеся состояния его здоровья. Следует отметить, что, получая помощь в самом необходимом, во многих случаях

клиент принимает самостоятельное решение об изменении своего поведения на более безопасное.

AFEW придерживается следующей трактовки понятия профилактического социального сопровождения (ПСС): это *«клиент-центрированная деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции, имеющая основной целью контроль и снижение степени поведенческих рисков в отношении ВИЧ-инфекции у клиентов, испытывающих множественные проблемы и нуждающихся в комплексном подходе к их решению. ПСС проводится в отношении людей, испытывающих трудности с тем, чтобы самостоятельно начать и придерживаться поведения, снижающего или предотвращающего риск заражения или передачи ВИЧ-инфекции. Сочетая в себе черты консультирования по снижению риска и традиционного социального сопровождения, ПСС предоставляет клиенту интенсивную и пролонгированную помощь в виде консультаций, поддержки и посредничества в установлении контактов с сервисными службами. Такая профилактическая деятельность позволяет влиять на риск заражения ВИЧ-инфекцией в связи с такими факторами, как наркопотребление, наличие ИППП, психическое здоровье, социальный и культурный контекст...»* [5].

Основные задачи социального сопровождения в контексте ВИЧ/СПИДа заключаются в следующем:

1. Провести необходимую оценку и составить план оказания всесторонней помощи, касающейся основных сфер жизни клиента: психосоциальной, медицинской, финансовой и т. д.
2. Убедиться, что для клиента доступны все виды услуг и что они соответствуют его потребностям.
3. Облегчить доступ и расширить спектр необходимых услуг.
4. Обеспечить непрерывность ухода на всех этапах с привлечением различных организаций.
5. Уменьшить вероятность дублирования услуг и следить за качеством их предоставления.
6. Оказывать поддержку самостоятельной деятельности клиента и членов его семьи.

[5] CDC Guidance on HIV Prevention Client Management, 1997.

7. Увеличить осведомленность клиента о воздействии ВИЧ-инфекции на его здоровье и о необходимости здорового образа жизни.
8. Обеспечить социальное сопровождение ребенка (для несовершеннолетних детей, у которых родитель или опекун является ВИЧ-положительным).

Социальное сопровождение должно отражать подход к предоставлению услуг, при котором соблюдается право клиента:

- на частную жизнь и конфиденциальность;
- на внимательное, непредвзятое отношение и уважение;
- на самоопределение и самостоятельность в выборе;
- на получение медико-социальных услуг высокого качества.

Перечисленные принципы предполагают наличие как минимум двух ключевых компонентов программы: **специалиста по сопровождению, работающего** в специализированной социальной службе (организации, куда клиент приходит, чтобы заявить о своих трудностях и обратиться за помощью), и **набора услуг,** доступных клиенту в результате данного обращения. Программа социального сопровождения предполагает, что клиент остается в контакте со специалистом до тех пор, пока не будут решены или по крайней мере определены пути решения проблем, с которыми человек обратился в учреждение социальной службы.

В контексте программ, нацеленных на профилактику ВИЧ-инфекции, социальное сопровождение позволяет решить следующие задачи:

- установить контакт с человеком, часто не расположенным к общению со специалистами;
- создать условия для изменения его поведения и снижения риска передачи ВИЧ-инфекции;
- снизить уровень рискованного поведения у людей, живущих с ВИЧ;
- способствовать решению вопросов и проблем, возникающих у людей, живущих с ВИЧ, в связи со стигмой и дискриминацией.

В программах сопровождения эти задачи решаются посредством:

- предоставления специализированной помощи людям с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией, с целью снижения риска передачи ВИЧ-инфекции;

– оценки риска заражения другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и гарантии предоставления адекватной диагностики и лечения;
– направления клиентов с различными медицинскими и психосоциальными потребностями в службы, которые оказывают положительное влияние на состояние здоровья клиента и его возможности изменения поведения, связанного с риском заражения ВИЧ-инфекцией;
– предоставления информации и направлений в другие службы, для удовлетворения потребностей в так называемой позитивной профилактике или профилактике ре-инфицирования среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Профилактические программы, направленные на противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции в странах с ограниченными ресурсами, реализуются сегодня в специфических условиях, которые непременно следует принимать во внимание. Мы не претендуем на полноценный анализ геополитического, экономического и социокультурного контекста. Остановимся на некоторых важных особенностях ситуации. Эти особенности являются результатом трудностей переходного периода и состоят в следующем: дефицит качественных медико-социальных услуг; вертикально построенная система ведомственного подчинения, которая затрудняет оперативное реагирование на проблемы; многие медико-социальные службы привыкли работать не по запросу, а по шаблону; представители уязвимых групп испытывают воздействие стигмы и дискриминации; профилактические программы ограничены исключительно информационным воздействием или предоставляют ресурсы и инструменты, но при этом не оказывают помощи в изменении жизненных ситуаций, порождающих поведение высокого риска. Зачастую имеет место низкая вовлеченность клиентов в планирование, реализацию и оценку профилактических программ.

Исходя из изложенного выше понимания роли программ сопровождения в профилактике ВИЧ-инфекции, можно выделить основные элементы в технологии построения данной программы. Прежде всего, необходимо определить, **как и на какой базе** будут возникать специализированные службы сопровождения, работающие с клиентами. Следующим шагом должно стать построение и налаживание механизма взаимодействия этих служб с **клиентами и с другими службами, предоставляющими**

необходимые клиентам программы услуги. Для того чтобы это состоялось, необходимо понять, как и зачем работает служба сопровождения, каковы принципы организации системы взаимодействия служб, предоставляющих соответствующие услуги. Ответ на данные вопросы заключается в описании **комплекса технологий, включающего:**

1) технологию создания механизма управления программой сопровождения;
2) технологию функционирования службы сопровождения (социального бюро);
3) технологию развития и поддержки набора услуг (партнерской сети);
4) технологию мониторинга и оценки результатов сопровождения.

Все они основаны на международном опыте и стандартах, которые применяются к программам по социальному сопровождению в США и странах Европы, и доказали свою эффективность в ходе реализации проекта «Социальное сопровождение» на территории четырех областей в Казахстане, Кыргызстане, Узбекистане и Таджикистане. Настоящие Рекомендации также содержат опыт адаптации стандартов и международного опыта к существующим условиям и примеры **инструментов**: форм, вопросников, элементов программ для семинаров и тренингов, при помощи которых можно организовать работу с клиентами.

Основная задача настоящих Рекомендаций – помочь специалистам-практикам построить в своем городе или области систему социального сопровождения для представителей уязвимых групп.

Виды программ по социальному сопровождению

Как правило, содержание и суть программы социального сопровождения определяется спецификой целевой группы и существующим контекстом, в котором эта программа реализуется. Среди программ социального сопровождения в контексте ВИЧ/СПИДа можно выделить две основные группы. К первой группе относятся программы, целью которых является профилактика распространения ВИЧ-инфекции. Определение для таких программ приведено выше.

Ко второй группе относятся программы, направленные на поддержку людей, живущих с ВИЧ.

Например, в Согдийской области Таджикистана в городе Худжанте одновременно реализуются две группы программ социального сопровождения: на базе Согдийского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом – социальное бюро, основной деятельностью которого является предоставление комплекса медико-социальных и поддерживающих услуг людям, живущим с ВИЧ, – и на базе НКО, где функционирует специализированная служба сопровождения, направленная на профилактику ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

Программы, направленные на поддержку людей, живущих с ВИЧ, с точки зрения *AFEW*, предполагают *«клиент-центрированную деятельность, при помощи которой координируется предоставление услуг людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Целью их деятельности является улучшение состояния здоровья клиентов и их способности к самостоятельной жизни»*[6].

Наряду с указанными можно также выделить специализированные программы социального сопровождения для семей, осужденных на этапе подготовки к освобождению, бывших осужденных в период после освобождения, для потребителей наркотиков. Цель этих программ – социальная адаптация, способствующая профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Стратегия – изменение условий жизни и, как следствие, снижение рискованного поведения. Формы работы и методы взаимодействия клиента и консультанта являются специфическими для каждой из них. Так, например:

1. Продолжительность программы определяется в зависимости от целевой аудитории, поставленных целей и задач.
2. Формы и способы привлечения клиентов определяются преимущественно типом программы.
3. По-разному может быть организовано общение клиента и специалиста (например, некоторые программы предусматривают посещение клиента на дому).
4. В зависимости от потребностей и возможностей клиентов определяется пакет предоставляемых услуг.

[6] Case Management Standards of Care. County of Los Angeles commission on HIV health services, LA, USA, 1998.

Но главные принципы остаются неизменными для всех программ: ориентация на нужды и потребности клиента, соблюдение конфиденциальности, партнерские отношения между клиентом и специалистом по сопровождению.

Модели социального сопровождения[7]

В литературе описано несколько моделей социального сопровождения в области ВИЧ/СПИДа. Они отличаются по нескольким факторам: целевая аудитория, среда, роль социального консультанта и набор предлагаемых услуг. Наиболее часто упоминаются четыре модели:

Модель брокера – сфокусирована на том, чтобы «связать» клиента с необходимыми ему «ресурсными центрами», которые обычно находятся за пределами агентства, предоставляющего услуги социального сопровождения. В данной модели взаимоотношения между социальным работником и клиентом ограниченны, поскольку задача социального работника состоит лишь в определении потребностей клиента и направлении его к поставщикам услуг. Охват клиентов при использовании данной модели, как правило, является высоким. Социальный работник несет ответственность за оценку потребностей клиента и за выполнение лечебного плана.

Реабилитационная модель – отношения между социальным работником и клиентом выступают в качестве механизма получения услуг. Определяя сильные и слабые стороны клиента, социальный работник старается преодолеть барьеры, которые мешают клиенту самостоятельно функционировать в сообществе. Когда барьеры успешно преодолены, взаимоотношения с социальным работником или прекращаются, или становятся менее интенсивными.

Модель полной поддержки – строится на фундаментальных принципах реабилитационной модели с использованием интегрированной мультидисциплинарной команды поставщиков услуг. Отличие данной модели состоит в отсутствии системы направлений в другие службы – все услуги предоставляются в одном месте. Роль социального консультанта в этом случае заключается не только в координировании процесса, но и в предоставлении определенного уровня поддержки, и в обучении клиентов жизненным навыкам.

Модель сильных сторон – строится на выявлении сильных сторон клиента. Роль социального консультанта в данном случае – помочь клиенту сформулировать цели и затем их придерживаться.

---

[7] HIV Case Management: A Review of the Literature. Boston University School of Public Health, 2003.

Социальный работник, действующий самостоятельно или в команде, должен владеть полной информацией о том, где и когда клиент может получить необходимую помощь (трудоустройство, ночлег, страховка и т. д.), а также уметь координировать процесс ее предоставления и получения. Навыки и знания для эффективного осуществления социального сопровождения условно делятся на **универсальные** и **специализированные**. К универсальным навыкам и знаниям относятся: навыки консультирования и работы с партнерскими организациями, навыки работы с клиентами в кризисных состояниях, знание принципов и правил организации социального сопровождения и требований по соблюдению конфиденциальности.

Чем больше проблем испытывает клиент, тем труднее с ним работать. Так, например, работа с ВИЧ-положительными потребителями наркотиков требует дополнительных знаний и навыков, так как связана уже не с одним, а с двумя состояниями, угрожающими жизни клиента: прогрессированием ВИЧ-инфекции и наркотической зависимостью. Следует иметь в виду, что ряд факторов может оказать негативное влияние на эффективность данной работы. К ним относятся:

1) страх со стороны социального работника и других клиентов заразиться ВИЧ-инфекцией;
2) двойная стигматизация клиента со стороны общества (как потребителя наркотиков и как человека, живущего с ВИЧ);
3) прогрессирующий характер заболевания;
4) серьезные финансовые последствия заболевания и его лечения;
5) у клиентов в терминальной стадии заболевания – отсутствие мотивации к лечению, чувство безнадежности.

К специфическим навыкам для социального работника, оказывающего помощь человеку, употребляющему наркотики, относятся:

– знание подходов и концепций в области наркотической зависимости, а также проблем, связанных с употреблением наркотиков;
– знание философии, практики и политики наиболее широко распространенных, научно обоснованных моделей лечения; навыки доступного описания процесса выздоровления и профилактики рецидива; навыки непрерыв-

ного ухода при ведении наркозависимых пациентов; опыт решения других проблем, связанных с наркотической зависимостью;
- умение определить роль, которую семья, социальные сети и общественные системы могут сыграть в процессе лечения и выздоровления клиента;
- знание вариантов страхования и возможностей медицинского ухода, доступных клиенту, определение пользы, которую они могут ему принести;
- умение определить культуральные и прочие особенности клиента и учесть их в процессе назначения и предоставления ему клинической помощи;
- понимание значимости междисциплинарного подхода к лечению наркотической зависимости.

Доказательства эффективности программ социального сопровождения. Результаты исследований различных моделей

В Австралии группа, состоящая из 13 социальных работников, в течение 12 месяцев осуществляла патронаж 64 женщин – потребителей наркотиков. Показатель удержания в программе на третий месяц составил 75%. В результате у клиентов программы значительно повысилась самооценка, улучшилось эмоциональное состояние, снизилось количество употребляемых наркотиков и табака. Авторы пришли к выводу, что социальное сопровождение позволяет добиться снижения уровня употребления наркотиков просто путем поддержки клиентов в других сферах жизни.

Источник: M. Sheldrake, M. Passey, K. Leitch, V. Gilmore. Short-term impact of case management of rural Australian women dependent on ilicit drugs. Abstract. 15th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. 2004. Melbourne. Australia.

В середине 90-х годов в США была разработана специальная программа социального сопровождения для профилактической работы с людьми, практикующими рискованное поведение, которая получила название **«Социальное сопровождение в области профилактики ВИЧ-инфекции» (ССПВ, HIV Prevention Case Management**). ССПВ – это программа профилактических мероприятий, направленная

на адаптацию поведения к снижению риска передачи ВИЧ-инфекции. ССПВ рассчитана на людей, у которых существуют или могут возникнуть трудности с переходом или поддержанием типов поведения, предотвращающих или снижающих риск передачи ВИЧ-инфекции. ССПВ предполагает проведение интенсивного индивидуального консультирования, целью которого являются профилактика ВИЧ-инфекции и оказание поддержки клиентам. ССПВ помогает определить круг медицинских, психологических и социальных услуг, способных оказать влияние на состояние здоровья клиентов и их возможности изменить поведение в сторону менее рискованного.

Источник: HIV Prevention Case Management. Guidance. September 1997. U.S. Department Of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD, and TB Prevention.

Почему мы выбираем социальное сопровождение?

По свидетельству множества исследований социальное сопровождение позволяет добиваться хороших результатов в изменении поведения и ресоциализации представителей уязвимых групп. Вот несколько примеров, свидетельствующих об эффективности таких программ:

Пример 1 – Эффективность краткого курса социального сопровождения в создании контакта между людьми, которым недавно была диагностирована ВИЧ-инфекция, и медицинскими службами

В рамках исследования по доступности антиретровирусной терапии (АРВ-терапии) провели оценку эффективности социального сопровождения в установлении контакта между вновь инфицированными клиентами и медицинскими службами.

Участники из четырех городов США, которым в недавнем времени поставили диагноз ВИЧ-инфекция, были распределены либо в стандартную программу по уходу, либо в программу социального сопровождения. Участники стандартной программы по уходу получили информацию о ВИЧ-инфекции и о местных ресурсах по оказанию помощи, а участникам программы социального сопровождения была предоставлена возможность пяти контактов с патронажным специалистом в течение 90 дней.

Показатель посещаемости был выше в группе социального сопровождения (по крайней мере один раз в течение шести месяцев – 78 про-

тив 60%; по крайней мере два раза в течение 12 месяцев – 64 против 49%).

Источник: Gardner LI, Metsch LR, Anderson-Mahoney P, et al. Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care. AIDS. 2005 Mar 4;19(4):423-31.

Пример 2 **– Успешный контакт ВИЧ-положительных людей, освобождающихся из мест лишения свободы, с медицинскими и социальными службами, предоставляющими услуги для ЛЖВ**

ВИЧ-инфекция более распространена среди осужденных в местах лишения свободы, чем среди общего населения. В то же время для многих людей срок нахождения в тюрьме – единственное время, когда они имеют доступ к первичной медицинской помощи.

В рамках демонстрационного проекта «Мост» (Bridge) было проведено интенсивное социальное сопровождение для людей, живущих с ВИЧ, освобождающихся из муниципальных тюрем Лонг-Айленда. Программа базировалась на взаимодействии с близко расположенными медицинскими и социальными структурами. Цель – укрепление системы непрерывности медицинского ухода путем социальной стабилизации клиентов программы. В качестве основы для решения проблем, связанных с употреблением наркотиков, программа использовала философию снижения вреда. Всем участникам предоставлялась помощь по улучшению доступа к разнообразным медицинским и социальным службам. В результате в течение первых трех лет клиентами программы стали 97 осужденных. Наблюдение велось за 90% участников в течение 18 месяцев. В 80% случаев было зафиксировано инъекционное употребление наркотиков. 7% уехали из штата или умерли, судьба 3% неизвестна. Повторное заключение под стражу произошло минимум один раз – у 48%. Из обратившихся за помощью все получили медицинские услуги, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией. 75% обратившихся были направлены в медицинские учреждения. Из числа нуждающихся в наркологическом лечении 67% соблюдали план посещения наркологических служб. Проект «Мост» доказал, что удерживать бывших осужденных в медицинских программах можно, если предоставлять услуги социального сопровождения сразу после их выхода из мест лишения свободы. При наличии адекватной поддержки бывшие осужденные успешно посещают ВИЧ-сервисные организации.

Источник: Rich JD, Holmes L, Salas C, et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. J Urban Health. 2001 Jun;78(2):279-89.

Пример 3 – Повышение качества профилактических программ

Внедрение программы социального сопровождения позволило значительно повысить качество и расширить спектр предоставляемых услуг организациям, реализующим профилактические программы по ВИЧ/СПИДу и ИППП среди ПИН и СР/ПИН на примере Согдийской области Таджикистана, где программа социального сопровождения реализуется с 2005 года. Проект позволил расширить количество медико-социальных и правовых услуг в среднем от восьми до 25 видов, при этом все виды услуг стали доступны наркопотребителям и секс-работникам из числа ПИН. По итогам деятельности двух социальных бюро за 2005–2006 годы в городах Худжанде и Пенджикенте для 95% клиентов удалось предоставить необходимые услуги в медико-социальных учреждениях, решить правовые и юридические вопросы по оформлению документов и жилищные вопросы.

Социальное сопровождение также позволило более активно вступать в контакт с группами, доступ к которым обычно является затрудненным. В ходе реализации программы социального сопровождения на базе ОО «ДИНА» удалось вдвое (с 48 человек в 2005 году до 99 человек в 2006 году) повысить обращаемость наркопотребителей в другие проекты этой организации: Центр доступных услуг (подготовка к лечению и реабилитации), Наркологический центр города Худжанда (медикаментозное лечение), Реабилитационный центр (социальная реабилитация и реадаптация).

Другим важным аргументом необходимости вклада программы социального сопровождения в профилактику ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения является повышение удельного веса регулярного участия ПИН, СР/ПИН в программах обмена шприцев и низкопороговой программе подготовки к наркологическому лечению и реабилитации: с 35% в 2005 году до 65% в 2006 году.

Источник: Отчеты об итогах деятельности социальных бюро ОО «ДИНА», ОО «Бузург» за 2005–2006 годы. Проект «Социальное сопровождение/ Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН». – Худжанд, заседание ТРГ проекта «Социальное сопровождение».

Глава 2 – Стадии процесса социального сопровождения: семь шагов для достижения успешного результата работы с клиентом

Глава посвящена описанию технологии социального сопровождения, которая легла в основу работы социального бюро (СБ).

Социальное сопровождение – это стройная технология, в которой один этап последовательно сменяет другой. Суть процесса заключается в том, что специалист по сопровождению помогает клиенту разобраться в сложившейся ситуации, определить приоритетные проблемы и доступные в настоящий момент способы решения этих проблем. Затем специалист по сопровождению предоставляет клиенту возможность получить конкретные услуги и, таким образом, справиться с проблемами.

Современные исследователи выделяют шесть этапов цикла социального сопровождения.

Рис. 1. Стадии процесса социального сопровождения

Этап 1. Привлечение и прием клиента в программу

Каждая программа по сопровождению сталкивается с необходимостью решения вопроса привлечения в программу новых клиентов. При этом ситуация «перегрева» службы, когда сотрудники уже не в состоянии справиться с количеством обращений, так же плоха, как и ситуация отсутствия ожидаемого числа обращений.

Вопросы, которые необходимо решить с самого начала:

1. Кого мы собираемся принимать в программу?
2. Как и где предполагаем распространять информацию о своей работе, чтобы привлечь новых клиентов?
3. Что должно происходить при первичном контакте? Что делать, если в программу обратится «неподходящий» клиент?
4. Каковы требования к сотрудникам, осуществляющим первичный контакт?

Первый вопрос некоторым может показаться странным – как это с кем? С теми, кому нужна наша помощь. Но избирательность необходима. И продиктована она исключительно заботой о качестве услуг и сохранности персонала службы. Мы вынуждены ограничивать круг клиентов – в противном случае служба рано или поздно «перегреется» и перестанет нормально функционировать. Вопрос о том, с какими клиентами работать, должен быть решен с самого начала. Решение принимается на основании того, какими ресурсами располагает служба и каковы стратегические задачи и приоритеты организации.

Примеры целевой аудитории программ сопровождения:

- люди, живущие с ВИЧ;
- люди, освободившиеся из мест лишения свободы;
- потребители наркотиков;
- секс-работники;
- ВИЧ-положительные женщины, имеющие детей.

Основными характеристиками представителя целевой группы СБ является употребление наркотиков, наличие ВИЧ-положительного статуса, комплекса социальных проблем, для решения которых ему необходима помощь других людей. В некоторых случаях клиента можно одновременно отнести к нескольким группам (например, если речь идет о ВИЧ-положительном потребителе наркотиков, освободившемся из тюрьмы). Эффектив-

ность социального сопровождения при этом в первую очередь будет зависеть от правильной расстановки приоритетов.

После того как определена целевая группа, следующий вопрос – как сделать программу привлекательной для участников. Существует несколько механизмов привлечения клиентов. В каждой программе по СС должен быть свой план поиска и приема в программу. Этот план должен содержать стратегию по информированию целевой группы о существовании и работе программы, ее целях, месте расположения и условий зачисления (PR-стратегия).

Клиенты могут попасть в программу социального сопровождения посредством:

- аутрич-программы;
- службы телефона доверия или специализированного социального телефона;
- направления специалистов из других медико-социальных служб, в первую очередь участников партнерской сети;
- направления из учреждений исполнения наказания;
- прямой рекламы (печатной, визуальной и др.).

Потенциальными источниками программы социального сопровождения могут служить:

- медицинские учреждения – специализированные больницы (инфекционные, кожно-венерологические, урологические, онкологические);
- программы снижения вреда;
- места для проведения консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию с использованием аутрич-работников;
- общественные организации;
- религиозные организации;
- приюты, места лишения свободы;
- программы лечения алкоголизма и наркомании.

ВАЖНО

Приглашение или направление людей в программу социального сопровождения должно быть в корректной и доступной для понимания форме.

Используйте прямое обращение и слова с позитивным значением.

При первичном контакте перед сотрудниками социального бюро (СБ) стоят следующие задачи:

1. **Определить, принадлежит ли клиент к целевой группе СБ.** В процессе первичного контакта проводится сбор данных о клиенте с целью определения спектра проблем клиента, его запроса и соответствия этого запроса компетенции СБ. Основными характеристиками представителя целевой группы СБ в программах *AFEW* является наличие наркозависимости и/или ВИЧ/СПИДа и комплекса социальных проблем, для решения которых человеку необходима внешняя помощь.

2. Предоставить полную информацию об услугах СБ. Задача консультанта СБ проинформировать обратившегося об услугах, которые предоставляет СБ, о правилах его работы и соблюдении конфиденциальности. Далее специалист СБ принимает решение, куда направить клиента в соответствии с его запросом.

В случае если обратившийся не относится к целевой группе или по ряду причин не может участвовать в программе, ему оказывается консультативная помощь и предоставляется информация о службах, в которых он может решить свои проблемы. Целесообразно иметь перечень услуг СБ в напечатанном виде (визитки, буклеты и т. п.) с указанием телефонов СБ, а также телефона доверия.

Например, первый контакт в социальном бюро «Ковчег» заканчивается раздачей визиток, буклетов или календарей с рекламой о работе социального бюро. Это очень важный психологический момент, направленный на то, чтобы клиент вернулся: пришел с пустыми руками, ушел с информационным багажом.

В случае соответствия требованиям программы консультант проводит работу по включению клиента в программу.

Программа социального сопровождения включает:

1. **Формирование доверительных отношений.** Поскольку работа служб социального сопровождения строится на клиент-центрированном подходе, сложившиеся отношения между клиентом и специалистом СБ во многом определят успешность изменений в ситуации клиента. Клиент должен почувствовать безопасность и убедиться в благожелательном отношении со стороны сотрудника СБ;

2) **Мотивирование клиента на участие в программе СБ**. Важным элементом сопровождения является формирование у клиента *приверженности к помощи*. Понятие «приверженность» определяется как «осознанное и прилежное участие клиента в помощи самому себе» («Клиническое руководство Колумбийского университета»).

Первичный контакт может проводить сотрудник, не имеющий специального образования. Минимальными требованиями здесь являются: навыки консультирования (в т.ч. телефонного консультирования), знание проблем целевой группы, владение информацией об услугах СБ, службах и правилах предоставления услуг данными службами.

Один из основных способов профилактики заражения ВИЧ – это изменение поведения людей, входящих в группы риска, в сторону менее опасного. Поэтому деятельность общественных организаций, занимающихся профилактической работой с группами риска, в первую очередь направлена на изменение рискованного поведения. Эта социальная работа с представителями групп риска невозможна без «посредников» – людей, имеющих доступ в целевую группу. Их называют аутрич-работниками.

Аутрич-работники придерживаются философии «снижения вреда». Эта философия зародилась в начале 80-х годов на Западе как реакция на постоянную, но малоуспешную войну с наркотиками. Арсенал медицинских методов ограничивался программами детоксикации и реабилитации, которые в лучшем случае помогали освободиться от наркотической зависимости лишь 5–7% пациентов. Но в это время произошел резкий рост инфицирования потребителей инъекционных наркотиков вирусом гепатита В, а чуть позже – ВИЧ. В Нидерландах, а затем и в других странах стали появляться группы самопомощи для потребителей наркотиков, одной из целей которых было распространение стерильного инструментария.

В социальном бюро «Ковчег» для привлечения клиентов была создана аутрич-команда, состоящая из трех человек, в которую вошли социальные и медицинские работники.

Аутрич-работа позволила повысить количество первичных обращений в СБ (например, из группы СР – с 3-х человек до 15-ти). Визитной карточкой СБ служит первый контакт аутрич-работника и клиента. Работа, как правило, происходит следующим образом: аутрич подходят к

группе СР или ПИН, знакомятся с ними, вовлекают в разговор, задают вопросы о жизни, о проблемах, предлагают тематическую литературу, рассказывают о том, куда можно обратиться за консультацией и где сдать анализы, сообщают телефоны и адреса медицинских учреждений и кризисных центров, предоставляющих врачебную и психологическую помощь, раздают презервативы.

Светлана Садуакасова, руководитель СБ «Ковчег», Казахстан

Этап 2. Оценка потребностей и составление сервисного плана

Для того чтобы социальный работник смог оказать эффективную помощь клиенту, ему необходима информация по следующим вопросам: состояние здоровья клиента (в том числе психического), анамнез по ИППП, употребление алкоголя и наркотиков, сексуальная жизнь, наличие поведенческих факторов риска, навыки безопасного поведения (снижение риска заражения ИППП/ВИЧ).

В ходе проведения оценки специалист выявляет комплекс проблем, которые необходимо решить в процессе социального сопровождения, и возможности их решения, предлагает клиенту заключить контракт на предоставление услуг СБ и разрабатывает вместе с ним индивидуальную программу социальной адаптации.

Помимо этого, социальный работник:

- определяет, насколько адекватным является запрос, с которым клиент обратился в социальное бюро;
- насколько развиты у клиента навыки решения соответствующих проблем;
- какой уровень мотивации клиента на участие в программе сопровождения.

ВАЖНО

В ходе практической работы мы столкнулись с тем, что специалистами по сопровождению в описанной выше логике проведения оценки усматривается некоторое противоречие. С одной стороны, процесс сопровождения направлен на то, чтобы работать с клиентом, опираясь на его потребности, с другой – при проведении оценки специалисту приходится выяснять информацию, которая, казалось бы, к заявленным

проблемам клиента не имеет никакого отношения. Например, клиент говорит о том, что приоритетной проблемой для него является заработок, и просит помочь ему найти работу. Нужно ли при такой постановке вопроса немедленно начинать расспрашивать человека о том, как и когда он употребляет наркотики? Очевидно, нет. Но при этом важно понимать, что ЗАПРОС и ПРОБЛЕМА – не одно и то же. Для работы с запросом клиента (помочь справиться с отсутствием денег) необходимо вместе с ним выяснить, ПОЧЕМУ возникла эта ситуация – и здесь наркотики могут выйти на первый план. **Проведение исходной оценки потребностей является ИНСТРУМЕНТОМ, который позволяет в ходе беседы переформулировать запрос в проблему.**

Проведение оценки – не допрос и даже не опрос. Это беседа, в результате которой специалисту становится ясна картина жизни клиента в той ее части, которая связана с решением его проблем (реализацией запроса). Кроме того, задача консультанта – оценить существующие риски для жизни и здоровья клиента и предложить ему обратить на них внимание.

Рассмотрим более детально, какие вопросы следует обсудить в процессе проведения оценки. Для клиента СБ характерно **наличие не одной-двух, а комплекса проблем.** В этой связи следует обратить внимание на следующие моменты:

а) **состояние здоровья** (ВИЧ-статус, текущие или хронические заболевания, дата последнего обследования на ВИЧ, имеются ли в анамнезе ВИЧ-ассоциированные условно-патогенные инфекции, статус по туберкулезу и гепатитам);

б) ИППП в анамнезе (профилактика, диагностика и лечение ИППП, помимо ВИЧ-инфекции, являются важным компонентом программы). Необходимо выяснить, когда клиент в последний раз проходил медицинское обследование на ИППП;

в) **употребление наркотиков и алкоголя.** Употребление алкоголя и наркотиков тесно связано с риском заражения опасными инфекционными заболеваниями. Поэтому необходимо оценить ряд факторов, связанных с их употреблением: личную историю употребления наркотиков (алкоголя), основной употребляемый наркотик, частоту, способ и длительность употребления наркотиков, частоту

совместного использования игл или шприцев, продолжительность ремиссии, участие в реабилитационных программах и группах взаимопомощи, а также проходил ли клиент наркологическое лечение и состоит ли на учете в наркологической службе.

Задача социального работника на данной стадии – определить наличие риска в поведении клиента. Например, рассказ об истории наркопотребления предоставит информацию относительно таких рискованных практик, как совместное использование инъекционного инструментария (предоставление своего шприца и/или использование чужого, забор наркотика из одной емкости, приобретение и прием наркотика в «заряженном» шприце, когда разведенный наркотик покупается в шприце), а также даст представление о роли, которую алкоголь и/или наркотики играют в сексуальной жизни клиента. Интоксикация алкоголем или наркотиками снижает восприятие рисков и может способствовать применению практик небезопасного секса. Собранные данные помогут определить, какая служба необходима для решения выявленных проблем.

В интервью с клиентом, употребляющим наркотики, необходимо выяснить следующие вопросы:

- употребление наркотиков в прошлом и в настоящее время;
- тип наркотика (алкоголь, табак, незаконные наркотики);
- способы употребления, частота и стаж;
- совместное использование инъекционного инструментария (иглы, шприцы, фильтры, вода и пр.);
- ассоциированный вред и симптомы зависимости;
- мотивация на прекращение употребления наркотиков или использование неинъекционных способов употребления.

Сбор детальной информации относительно характера наркопотребления позволит специалисту оценить риск заражения и распространения инфекционных заболеваний, передающихся через кровь (ВИЧ, вирусные гепатиты), и определить возможный срок инфицирования.

Наркотики, употребляемые инъекционным путем:

- опиоиды: героин, опий, морфин, фентанил и бупренорфин;
- кокаин: в виде порошка (соль) и другие его формы;
- группа амфетаминов: амфетамин, метамфетамин и амфетамины типа «экстази»;

– седативные средства и транквилизаторы: барбитураты и бензодиазепины;
– стероиды[8].

Ниже представлены вопросы, которые помогут при сборе наркологического анамнеза.

– *Вы употребляли когда-нибудь наркотики инъекционным путем?*
– *Какие наркотики вы употребляли/ употребляете инъекционным путем?*
– *Как часто вы употребляете наркотики инъекционным путем?*
– *Вы всегда используете стерильный или свой инструментарий?*
– *Вы одалживали кому-нибудь свой инъекционный инструментарий?*
– *Вы знаете, как сделать инъекционное употребление менее опасным для здоровья?*
– *Была ли у вас когда-нибудь передозировка?*

г) психическое здоровье

При сборе информации необходимо обратить внимание на наличие психических заболеваний у близких родственников клиента. Важно выяснить, не состоял ли клиент на учете у психиатра. В случае положительного ответа – какой ему был поставлен диагноз, сколько раз он проходил диспансеризацию, не было ли у него суицидальных мыслей и попыток, каковы факторы стресса;

д) социальная поддержка, окружение

При проведении оценки нужно обращать внимание на следующие компоненты: экономическое положение, источники дохода, наличие жилья, работы и образования (и подтверждающих это документов), а также источники эмоциональной поддержки и наличие значимого окружения (друзья, родственники и т. д.);

Некоторые социальные факторы также способствуют повышенному риску заражения (например, отсутствие жилья, постоянного заработка, плохое питание, невозможность соблюдения гигиенических норм, контакт с инфицированными людьми и др.). Знание о наличии подобных факторов необходимо для

[8] Оценка распространенности: косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков/Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками. – Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 2003.

выработки плана по улучшению жизненной ситуации и, как следствие, повышения возможностей для использования защитных факторов. Социальный работник должен оценить следующие аспекты в жизни клиента: финансовое положение (источники дохода), наличие места для проживания, профессиональная деятельность (наличие работы), источники эмоциональной поддержки, криминальная история (аресты, тюремное заключение), наличие и поддержание контакта с родственниками, друзьями, духовная поддержка;

е) лечение ВИЧ-инфекции и соблюдение режима терапии (приверженность)

В отношении ВИЧ-положительных клиентов необходима информация о потребности в получении терапии (если таковая еще не назначена). Если пациент получает антиретровирусные препараты, необходимо выяснить, насколько он соблюдает режим терапии (прием препаратов в установленное время, режим питания и жизни; в случае возникающих проблем – что препятствует соблюдению режима). Для клиентов, еще не получающих терапию, социальный работник может предоставить базисную информацию о лечении и внести в индивидуальный план пункт о необходимости посещения СПИД-центра для оценки состояния его иммунитета. Кроме того, клиента можно направить в группы самопомощи для ВИЧ-инфицированных, где ему будет предоставлена необходимая психологическая поддержка, в том числе направленная на улучшение приверженности;

ж) **навыки снижения риска передачи ВИЧ-инфекции**

Для оценки поведения клиента с точки зрения снижения риска используют следующие критерии: частота использования контрацептивов, умение отстаивать свои интересы в сексуальных отношениях, навык использования одноразового или стерильного инструментария, навык более безопасных методов инъекционного употребления наркотиков, навык общения и ведения переговоров;

з) **защитные факторы, сильные стороны, умения (компетенции)**

Следует оценить ресурсы и факторы, повышающие способность клиента сохранять здоровье и практиковать безопасное поведение.

Чтобы выяснить защитные факторы, сильные стороны и умения клиента, в социальном бюро «Ковчег» используют «игровую»

форму. На столе у социального работника лежат презервативы разных фирм-производителей. В ходе беседы социальный работник выясняет, какие презервативы использует клиент, как часто он их использует, где приобретает, доволен ли качеством, есть ли возле точки киоск или аптека, в которых продают презервативы, и в итоге у него появляется полная информация о знаниях и умениях клиента;

и**) препятствия для практики менее опасного поведения**

Этот пункт подразумевает, что социальный работник может оценить те факторы, которые мешают клиенту практиковать менее опасное поведение, и тем самым повышают его уязвимость перед инфекционными заболеваниями. Барьеры для менее рискованного поведения могут включать: отсутствие знаний и наличие мифов о рисках инфицирования, связанных с тем или иным типом поведения (например, практика мочеиспускания после незащищенного секса предотвращает заражение), отсутствие доступа к чистым шприцам, иглам, презервативам, отсутствие мотивации для более безопасного поведения, культуральные и религиозные нормы, которые препятствуют использованию презервативов, юридические ограничения, нормы и ценности, связанные с сексуальностью, употреблением наркотиков, гендерных ролей, которые также могут влиять на поведение.

Мы предлагаем в качестве примера типовую форму для сбора первичных данных о клиенте. Она может быть использована в качестве основы при выработке собственного набора документов конкретного социального бюро (Приложение 1).

Если клиент относится к целевой группе и просит оказать помощь в решении определенной проблемы, но при этом противится сбору данных (например, касающихся наркологического анамнеза), не следует настаивать на последнем. Предоставьте ему всю необходимую информацию и предложите прийти, когда он почувствует, что готов включиться в программу сопровождения. Если отказать клиенту, у него может сложиться впечатление, что наивысшую ценность для вас представляет именно сбор данных.

Так или иначе, все запросы клиентов делятся на три основные группы:

1. *Желание получить поддержку*. Такие клиенты обращаются к специалисту в критические моменты своей жизни: выгнали из дома, нечего есть, негде жить, преследуют должники,

проблемы с милицией или сутенером и т. д. В этот момент они лишь ищут защиты и поддержки и часто находятся в состоянии эмоционального кризиса, напуганы, подавлены или, наоборот, агрессивны.

ПЕРВООЧЕРЕДНАЯ ЗАДАЧА ПРИ РАБОТЕ С КЛИЕНТОМ, НАХОДЯЩИМСЯ В КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ, – ВЫВЕСТИ ЕГО ИЗ ЭТОГО СОСТОЯНИЯ. К проведению оценки можно приступать только после того, как человек становится доступным для общения, полноценной беседы. Часто при работе с клиентами специалисту по сопровождению приходится решать задачи «сегодняшнего дня»: где клиент проведет следующую ночь, где и как «раздобудет» пропитание и т. д.

При возникновении подобных ситуаций социальные работники обязаны владеть всей информацией о наличии таких услуг в своем регионе (квартале, городе, районе) для связи с этими службами и учреждениями и решения задач «сегодняшнего дня». Например, в Таджикистане на базе НПО «Дина» и в Кыргызстане на базе НПО «Ранар», «Социум» и «Таис Плюс»[9] организованы и функционируют низкопороговые программы[10] подготовки к наркологическому лечению, дроп-ин-центры для потребителей наркотиков и дружественные центры для уязвимых женщин. Все эти учреждения предоставляют пакет услуг, включая ночлег, питание, возможность стирки белья, а также услуги социальных консультантов. Связь социального бюро с такими программами и решение текущих проблем позволяет повысить уровень доверительных отношений «клиент–консультант» и начать процесс взаимодействия по составлению индивидуального плана.

2. *Необходимость получения конкретной помощи или решения конкретной ситуации*. Подобные запросы клиенты формулируют достаточно четко и не проявляют желания обсуждать что-либо, выходящее за рамки сформулированного. В данном случае провести оценку потребностей может оказаться затруднительным: клиент продолжает настаивать на своем, повторяет, что ему нужна совершенно определенная услуга, и рассуждать на другие темы он не желает (не может, не имеет возможности). Специалисту по сопровождению необходимо выяснить, соотносимы ли требования клиента с его реальными потребностям и с возможностями сервисных служб. Если запрос окажется обосно-

[9] См. список контактов – Приложение 7.

[10] См. словарь терминов – Приложение 10.

ванным, стоит начать работу именно с него. Но если удовлетворение запроса не представляется возможным (не рационально, бессмысленно, не своевременно), консультанту предстоит произвести его корректировку. Это можно сделать, предложив клиенту «порассуждать» на тему, что он собирается сделать и как может измениться его жизнь после получения требуемого. В ходе беседы клиент часто либо отказывается, либо меняет запрос.

3. *Стремление изменить жизненную ситуацию.* Такой запрос, как правило, является результатом самостоятельной внутренней работы, которую клиент проделал до обращения к специалисту по сопровождению. Работа с такими запросами носит долгосрочный характер и представляет собой реализацию долгосрочной стратегии, совместно вырабатываемой клиентом и специалистом. В данном случае проведение оценки служит средством, позволяющим произвести анализ ситуации, определить приоритеты и последовательность действий.

Как правило, специалисты по сопровождению стремятся быстрее трансформировать запрос первого и второго типа в желание клиента измениться («исправиться»). ЭТО БОЛЬШАЯ ОШИБКА. Консультант работает с существующим запросом, и это – его главная цель. Важно понимать, что даже в случае, если консультанту очевидны и не симпатичны жизненные принципы, правила, поведение, которые исповедует клиент, начинать его «воспитывать» – опасный и бесперспективный путь.

ПОДУМАЙТЕ

Определенная часть наркозависимых клиентов стремятся пройти детокс не для того, чтобы отказаться от наркотиков, а для того, чтобы «снизить дозу», так как возросшая толерантность требует все больших материальных затрат. В обыденном сознании эта цель представляется сомнительной, так как очевидно, что клиент не собирается прекращать наркопотребление. Но если посмотреть на ситуацию глазами клиента, ситуация примет другой вид: человек стремится улучшить свою жизнь, но настолько, насколько это возможно в его нынешнем положении. Он не готов к радикальным изменениям, но он готов к изменениям! Если консультант отнесется к нему с пониманием, вполне возможно, возникнет почва для доверительных отношений: человек почувствует, что есть место, где его примут таким, какой он есть – а это дорогого стоит! В случае если его оттолкнут, он пойдет

к нашему коллеге, расскажет ему о том, как страстно хочет бросить наркотики, и в результате все-таки получит направление на детокс. Таким образом, цели он достигнет в любом случае, но что получим мы?

Сам смысл слова «сопровождение» предполагает, что консультант помогает клиенту, а не навязывает ему те или иные решения и правила. Этот подход сформулирован в так называемой теории черепахи. Согласно этой теории:

– патронажный специалист работает с клиентом на его уровне и «продвигается» с его скоростью;
– патронажный специалист позволяет клиенту лидировать в «медленной прогулке», чтобы тем самым помочь ему удовлетворить свои потребности.

В большинстве случаев клиент, обращаясь в службу социального сопровождения, ориентирован на решение заявленной проблемы, и не всегда готов к долговременному сотрудничеству со специалистом. Обращение клиентов в СБ часто обусловлено мощным эмоциональным порывом, вызванным огромным количеством медицинских, социальных и психологических проблем, которые толкают его на обращение за помощью. Но порыв может так же внезапно исчезнуть, как и появиться. Поэтому первостепенной задачей консультанта СБ является укрепление и **развитие мотивации клиента** к участию в программе на долгосрочной основе.

Этап 3. Разработка индивидуального плана

Это третий этап процесса социального сопровождения, который представляет собой разработку плана действий по предоставлению клиенту услуг, доступа к необходимым ресурсам и определение взаимных обязательств, которые берут на себя клиент и специалисты, предоставляющие ему услуги. План должен отвечать всем выявленным в процессе оценки нуждам клиента и его семьи. Этот этап является своеобразным мостом, соединяющим оценку с непосредственным предоставлением клиенту услуг, в которых он нуждается. Он также включает в себя выработку целей и задач, которые планируется выполнить в установленный промежуток времени, а также шагов, которые для этого необходимо предпринять, и ожидаемых результатов работы.

Цель работы с клиентом – обеспечение его качественно новым уровнем доступа к различным услугам, совершенствование координированной работы по его лечению, гарантии ответственности персонала службы. Средством формализации отношений между клиентом и консультантом является *договор об участии клиента в программе*.

Заключение договора

Реализация основной программы сопровождения осуществляется с момента заключения между клиентом и службой договора об участии в программе, который обеспечивает построение отношений в процессе сопровождения на основе соблюдения требований обеих сторон – клиента и социального бюро. Перед заключением договора важно дать клиенту возможность почувствовать атмосферу и требования, предъявляемые в программе.

Перед заключением договора важно:

- разъяснить клиенту суть контракта;
- ознакомить с программой помощи, основными методами и направлениями работы;
- объяснить, что именно клиенты берут на себя обязательства активно участвовать в программе и выполнять основные требования.

Договор выполняет также и терапевтическую функцию. Это инструмент, который регулирует отношения клиентов и персонала программы, в случае нарушения договора дает возможность прогнозировать ситуацию, обеспечивает стабильность во взаимоотношениях клиентов и персонала. Договор является важным инструментом создания мотивации к участию в процессе социального сопровождения, позволяет разделить ответственность за происходящее между клиентом и специалистами, ведущими программу. Договор является конфиденциальным документом. Для учета индивидуальных особенностей и пожеланий обеих сторон в него могут быть внесены изменения.

Важно понимать, что с формальной, юридической точки зрения договор не накладывает на клиента никаких обязательств, однако может служить средством, при помощи которого сотрудники СБ могут избежать злоупотреблений или попыток манипуляции со стороны клиента.

На момент обращения в социальное бюро многие люди фактически не понимают, в чем конкретно будет заключаться по-

мощь, в какой последовательности и в течение какого периода она будет предоставлена. Чтобы внести в этот вопрос определенность и избежать необоснованных ожиданий, разрабатывается **индивидуальный план.** План индивидуальной работы с клиентом основывается на полученной в ходе оценки информации и должен включать описание краткосрочных и долгосрочных целей, задач и этапов их решения. Задачи должны быть конкретными и достижимыми. План должен содержать описание действий по решению каждой задачи, ожидаемые результаты, распределение ответственности (кто и за что отвечает) и определение сроков решения задач. В индивидуальном плане необходимо указать, принимал ли клиент участие в подобных программах или службах. Важным в процессе разработки плана является его принятие со стороны клиента. План не может быть навязан клиенту консультантом. Задача консультанта подводить клиента к принятию правильных решений. Клиент берет на себя обязательства по выполнению задач, определенных планом, а консультант, со своей стороны, гарантирует содействие в их решении. Данные обязательства подтверждаются подписями клиента и консультанта в индивидуальном плане.

Если клиент высказывает несогласие с правилами сотрудничества, его запрос носит неадекватный характер и т. д., консультант вправе отказать ему в сотрудничестве. При этом консультант обязан объяснить причину своего отказа и предоставить клиенту информацию о других службах помощи.

В разработке индивидуального сервисного плана[11] социальный работник и клиент участвуют в равной степени. Это подталкивает клиента к принятию им решений и активному участию в процессе планирования и предоставления услуг. Социальный работник прежде всего ответственен за разработку подобного плана вместе с клиентом и, если уместно, с членами его семьи. При этом, если поступила соответствующая просьба, социальный работник выполняет роль советника. Служебной обязанностью социального работника является произведение анализа потребностей клиента и обсуждение с ним возможных вариантов их удовлетворения. Сюда должно входить обсуждение ожидаемых результатов или последствий выбора одного из вариантов осуществления разработанного плана.

[11] См пример в Приложении 3.

Роль социального работника состоит в основном в координировании работы с клиентом различных служб помощи, участие которых предусмотрено сервисным планом. Специалист по сопровождению призван по возможности устранять административные и организационные препятствия и сложности, возникающие в ходе предоставления клиенту необходимых ему услуг. Функция службы социального сопровождения состоит в том, чтобы связываться с лицами, официально и неофициально предоставляющими услуги социального сопровождения, с целью договориться о предоставлении подобных услуг согласно плану работы с клиентом. Действия, которые предстоит предпринять клиенту, социальному работнику и другим лицам, в том числе членам семьи клиента, должны быть четко определены.

Представляется важным, чтобы на стадии разработки плана работы с клиентом социальный работник обладал обширными знаниями относительно ресурсов, имеющихся в его близком окружении, с тем чтобы использовать их для удовлетворения потребностей клиента. Если же на стадии разработки плана работы с клиентом социальному работнику потребуются специальные знания или навыки (кроме вышеперечисленных), он должен проконсультироваться с другими специалистами на этот счет и зафиксировать этот факт в медицинской карте клиента.

План работы с клиентом является документом, в который постоянно вносятся изменения, в силу того, что он систематизируется, подкрепляется документами, рассчитан на определенный период времени и дополняется необходимыми данными. В нем уточняется, как будет измеряться успех работы с клиентом, и дается та информация, на основании которой будет возможно определить степень эффективности деятельности социального работника, а также обоснование необходимости предоставления услуг или направления на их оказание.

При обращении в СБ клиент не всегда адекватно определяет приоритетную проблему, а также не всегда правильно оценивает свои возможности по решению этой проблемы. Поэтому консультанту необходимо помочь клиенту определить весь спектр его проблем. Для этого проводится оценка состояния клиента, выявленные проблемы фиксируются в плане сопровождения. Исходя из выявленных проблем формулируются задачи и приоритетность их решения. Определяются возможности клиента, его потенциал по решению каждой из поставленных задач. Необхо-

димо определить **наличие предыдущего опыта решения** той или иной задачи, степень информированности клиента и навыков позитивного решения проблем. Если у клиента уже есть отрицательный опыт решения проблем, консультанту необходимо его проанализировать, определить причины неудач и дать **рекомендации по конструктивному решению проблем**.

Итак, индивидуальный план (ИП) должен содержать краткосрочные и долговременные цели, ограниченные по времени достижения, адекватные ситуации клиента и соотносимые с возможностями консультанта и данной службы социального сопровождения. Предполагается, что в процессе разработки плана активную и даже направляющую роль играет клиент, поскольку только он в состоянии адекватно сформулировать цели работы, направленной на решение его проблем.

ИП должен базироваться на информации, собранной во время оценки, и содержать:

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

Структура индивидуального плана достаточно проста и практична:

- имя клиента и идентификационный номер;
- выявленные потребности;
- дата, когда была идентифицирована потребность;
- план выполнения мероприятия;
- ответственный сотрудник;
- дата завершения/ этапа сопровождения и его результат.

ВАЖНО

Услуги по социальному сопровождению оказываются в **конфиденциальном**, а не в анонимном порядке. Договор об участии в программе предполагает, что клиент предоставляет социальному работнику личную информацию на условиях неразглашения ее третьим лицам без его согласия. Если клиент настаивает на анонимном статусе, то ему необходимо разъяснить, что тем самым он существенно ограничивает возможности социального работника в оказании помощи. С такими клиентами невозможно заключить договор, но это вовсе не значит, что они не могут получить в социальном бюро помощь. Анонимные клиенты получают помощь в виде разового направления. Их стоит мотивировать на возвращение в СБ, раскрытие анонимности и дальнейшее возможное вхождение в программу сопровождения

Для клиентов (ПИН, секс-работники, бывшие осужденные), которые не являются ВИЧ-положительными, но практикуют рискованное поведение (употребление наркотиков, секс-работа), ИП обязательно должен включать список служб, занимающихся первичной профилактикой ВИЧ-инфекции (программы обмена шприцев, наркологические клиники, услуги аутрич, группы поддержки, консультирование и т. д.), куда клиенты могут быть направлены. Для ВИЧ-инфицированных клиентов индивидуальный план должен также включать программы, которые ориентированы на «позитивную профилактику» и помогают соблюдать сложный режим антиретровирусной терапии (например, группы самопомощи, «обучение равными»).

Этап 4. Процесс сопровождения

Выполнение плана работы с клиентом и различные координирующие действия являются обязанностью специалиста по сопровождению и начинаются сразу же после того, как был составлен план работы с клиентом. Социальный работник и другие члены коллектива оказывают клиенту, членам его семьи и лицам, имеющим к нему непосредственное отношение, необходимую помощь, связываясь со специалистами или организациями, предоставляющими помощь и поддержку для ЛЖВС. Если план работы недостаточно соответствует нуждам клиента, членов его семьи, лиц, имеющих к нему непосредственное отношение и

т. д., он может быть изменен. Все действия по изменению плана должны быть согласованы с клиентом, одобрены им и зафиксированы в карте.

По мере возможности следует предоставлять клиентам выбор относительно доступных и квалифицированных лиц/организаций, предоставляющих услуги социального сопровождения. Чтобы это оказалось возможным, социальным работникам необходимо развивать взаимоотношения с различными специалистами данного профиля. Социальные работники должны обсуждать с клиентом преимущества и недостатки каждого возможного варианта, а также, при желании клиента, помогать ему в выборе конкретного лица/организации, к которому/в которую он мог бы обратиться за помощью. Организации, предоставляющие соответствующие услуги, должны принимать непосредственное участие в разработке плана работы с клиентом, в той степени, в которой это возможно. Даже в случае если личная встреча с клиентом в организации, которая будет предоставлять клиенту определенные услуги, невозможна, необходимо определить ответственное лицо, отвечающее за контроль над процессом их предоставления в соответствии с установленными индивидуальным планом временными рамками.

Запросы, требующие для своего решения некоторого времени (например, обеспечение жильем), рекомендуется оформлять в виде списков «ожидающих решения». Клиенту в этом случае необходимо объяснить, как протекает процесс занесения в список и сколько времени может потребоваться на его реализацию.

Сопровождение клиента включает работу консультанта по психологической поддержке и консультирование. Психологическая поддержка необходима для укрепления мотивации клиента на социальную адаптацию и укрепление здоровья. Учитывая комплекс социальных проблем клиента, его ВИЧ-статус, отношение близких, а также дискриминацию в обществе, психологическая поддержка со стороны СБ может стать определяющей в формировании позитивной мотивации клиента, его уверенности, желании «быть кому-то нужным».

Поддерживающее консультирование является основным механизмом социального сопровождения. Задачи поддерживающего консультирования заключаются в оценке ситуации клиента на момент контакта, выявлении проблемы, требующей незамедлительного вмешательства, предоставлении клиенту ре-

комендаций и полезной информации, а также в оказании ему психологической поддержки. При консультировании используется индивидуальный подход, адаптированный к потребностям конкретного клиента. Работа с факторами, влияющими на изменение рискованного поведения клиента, проводится с учетом его готовности к переменам: осознание риска и собственной уязвимости, понимание возможностей к преодолению социальных барьеров, наличие/отсутствие социальной поддержки и др. Клиент-центрированное консультирование является базисной составляющей социального сопровождения. Цель консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции – стимулировать такие изменения в поведении человека, которые помогут ему снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией.

Таблица 1

Факторы, влияющие на изменение рискованного поведения[12]

Фактор	**Описание**	**Элементы эффективного вмешательства**
Знание о риске	Адекватное понимание вопросов, какое поведение связано с риском, как следует изменить поведение для снижения риска, каковы обоснования изменения поведения для снижения риска.	Четкие характеристики поведения, связанного с риском; практические советы на тему, как изменить поведение для снижения риска с учетом реальных обстоятельств жизни и личных отношений клиента.
Восприятие личной уязвимости	Персонализация риска: признание своей потенциальной уязвимости в плане заражения ВИЧ-инфекцией.	Обсуждение, в ходе которого выясняется фактический уровень риска клиента. Клиенту предлагается самостоятельно оценить свой риск, в результате чего он осознает всю реальность угрозы.

[12] Оригинал таблицы опубликован в книге J. A. Kelly, "AIDS Prevention: Strategies That Work," AIDS Reader, июль–август 1992 г. стр. 135-141; адаптировано с разрешения автора на основе версии, опубликованной PROCEED, Inc., Standards and Considerations for Establishing HIV Prevention Case Management, 1997.

Таблица 1 – продолжение

Факторы, влияющие на изменение рискованного поведения

Фактор	**Описание**	**Элементы эффективного вмешательства**
Показатель намерения изменить поведение	Готовность к переменам и обязательство совершить необходимые действия для снижения риска.	Совместная с клиентом оценка его готовности к изменениям, постановка достижимых целей снижения риска путем консультирования или подписания символического «контракта».
Самоэффективность	Вера в свою способность успешно изменить поведение на менее рискованное, восприятие данного изменения как профилактики ВИЧ-инфекции (защиты от ВИЧ-инфекции).	Пошаговые «задания» по снижению риска, которые клиент легко может выполнить, в результате чего появляется ощущение своей компетентности и формируется история успехов.
Уровень умений и навыков	Поведенческие навыки, необходимые для намеченных перемен: использование презерватива, умение отстоять свои интересы в сексуальных отношениях и, несмотря на давление, отказаться от рискованной практики, умение вести переговоры о безопасном сексе, отказ от совместного использования игл и шприцев, использование стерильного или одноразового инструментария и т. д.	Обучение навыкам и их закрепление путем тренировки; самоконтроль или выявление поведенческих шаблонов, привычек или действий, повышающих риск; разработка альтернативного плана борьбы с этими «провоцирующими факторами».

Фактор	Описание	Элементы эффективного вмешательства
Закрепление моделей изменения поведения	Позитивные результаты попыток изменения поведения, в том числе благоприятная реакция партнера, довольство собой, закрепление поведения, вера в то, что изменение поведения соответствует нормам референтной группы (сообщества).	Консультирование по результатам, символические «контракты» с целью закрепления достигнутых перемен, определение новых целей, обсуждение возникших проблем, поощрение чувства удовлетворения собой, как результат осознанной возможности изменить собственное рискованное поведение.
Барьеры окружения	Сокращение количества внешних факторов, мешающих практиковать желаемое поведение	Обсуждение барьеров, мешающих практике снижения риска, разработка стратегий преодоления этих барьеров и облегчения доступа к необходимым ресурсам для реализации перемен.

Если человек никогда не проходил тестирование на ВИЧ-инфекцию и не знает своего статуса, может понадобиться краткосрочное консультирование по подготовке (*дотестовое консультирование*). Главная его цель – объяснить клиенту, зачем и как оно проводится, какие преимущества появляются у человека, знающего о своем статусе[13].

При работе с клиентом, употребляющим наркотики, можно использовать консультирование, при котором затрагиваются факторы и проблемы, ассоциированные с приемом разных типов наркотиков (*консультирование по вопросам наркотической за-*

[13] Знание пациента о том, что он ВИЧ-положительный, будет мотивировать его на обращение за медицинской помощью, чтобы предотвратить или отсрочить возникновение заболеваний, угрожающих жизни, а также поможет ему защитить своих близких от инфицирования. Результат теста поможет врачу определить причину и назначить лечение сопутствующих заболеваний. Например, если пациент ВИЧ-положительный, тактика лечения туберкулеза и сифилиса будет отличаться от той, которая применяется для лечения ВИЧ-отрицательных пациентов (HIV Counseling and Testing: Facts, Issues, and Answers. Centers for Disease Control and Prevention; January, 1998).

висимости). Обязательным компонентом данного консультирования является информирование клиента о рисках, связанных с употреблением наркотиков, и методах снижения вреда (дезинфекция инструментария, профилактика передозировок и т. д.).

Клиентам должна быть предоставлена информация об инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), повышенном риске заражения ВИЧ-инфекцией при наличии ИППП, а также даны рекомендации по посещению врача-венеролога в пунктах доверия и в анонимных кабинетах. При обнаружении ИППП важно сразу начинать лечение.

Если клиент знает о наличии позитивного статуса, социальный работник может обсудить с ним возможность информирования близких (родственников, сексуальных партнеров, партнеров по употреблению наркотиков). В нотификации (информировании) других людей о своем статусе есть свои плюсы и минусы. Доверительный разговор позволит клиенту самостоятельно принять решение о возможности и форме раскрытия статуса своим близким.

ВИЧ-инфицированному клиенту необходимо предоставить информацию по вопросам профилактики вторичного инфицирования ВИЧ. Если человек получает лечение антиретровирусными препаратами (ВААРТ), должно быть предоставлено *консультирование по повышению приверженности лечению*.

Стандарты для консультирования по снижению риска, связанного с ВИЧ-инфекцией

- Консультативные сессии по снижению риска заражения или передачи ВИЧ, нацеленные на изменение поведения, должны предоставляться всем клиентам службы социального сопровождения.
- Должно проводиться обучение сотрудников программы СС навыкам выявления поведенческих факторов риска и использованию стратегии по снижению риска (такое построение соответствует построению всех остальных пунктов).
- Клиенты, которые не знают о своем ВИЧ-статусе, должны получить информацию, касающуюся тестирования на ВИЧ и преимуществ знания своего ВИЧ-статуса.
- Клиентам должна быть предоставлена информация об ИППП и их связи с риском заражения ВИЧ, а также о методах индивидуальной профилактики.

– ВИЧ-положительным клиентам, получающим ВААРТ или лечение против оппортунистических инфекций, должно быть предоставлено консультирование по вопросам повышения приверженности лечению.

Психологические проблемы целевой группы и пути их решения

Как правило, клиенты службы сопровождения испытывают ряд психологических проблем. Часто для решения данных проблем может потребоваться помощь психолога или психотерапевта. При этом используются как индивидуальные, так и групповые формы работы с клиентом. Ниже перечислены примеры проблем и возможные пути их решения.

Таблица 2

Психологические проблемы и пути их решения

Проблема	**Решение**
Конфликтность, неумение выражать свои чувства, понимать себя и других, зависимое поведение, страх неудачи, низкая самооценка, неумение противостоять манипулятивному влиянию.	Участие в тренингах по эффективному межличностному общению, противостоянию манипулятивному влиянию, конструктивному поведению в конфликте.
Неумение принимать решения. Неумение планировать свои дела.	Совместное планирование, обсуждение с социальным работником. Обучение техникам принятия решений. Тренинг постановки целей.
Стремление получить социальные блага через болезнь и оправдать свою социальную неустроенность, навязчивые страхи, психологические травмы, противопоказания к работе в группе.	Индивидуальное консультирование.
Отсутствие опыта, желание справиться со стрессовой ситуацией.	Обучение техникам работы со стрессом.

Таблица 2 – продолжение

Психологические проблемы и пути их решения

Проблема	**Решение**
Сильное эмоциональное напряжение, которое блокирует рациональное управление ситуацией. Это может быть связано с нахождением в местах лишения свободы, изменением самочувствия, болезнью, смертью или болезнью близкого человека, острым конфликтом и др.	Консультация у психолога, обучение стратегиям, позволяющим анализировать ситуацию, освобождаться от эмоционального давления.
Проблема осмыслена клиентом, но его силы исчерпаны, он эмоционально и физически истощен. Усилия приводят лишь к еще большему истощению ресурсов, провоцируют новые трудные жизненные ситуации. Путь решения – психологическая поддержка клиента, во	Восстановление равновесия, а затем помощь в решении конкретных задач.

В рамках социального сопровождения при работе с клиентом используются два основных подхода: мотивационное интервьюирование и когнитивно-поведенческий подход.

Мотивационное интервьюирование[14] **(МИ)** – клиент-центрированное консультирование, создающее условия для изменения поведения через выявление и разрешение амбивалентности клиента.

Основные принципы мотивационного интервьюирования:

– развивать противоречия,
– избегать убеждения и аргументации,
– уменьшать сопротивление,
– выражать эмпатию,
– поддерживать уверенность в собственных силах.

МИ используется для того, чтобы человек осознал несовместимость его текущего поведения и реализации своих планов на

[14] См. «Техники мотивационного интервью» – Приложение 10.

будущее. Данный подход нацелен на то, чтобы помочь человеку осознать цену его поведения в настоящее время. Это основной принцип МИ. Люди стремятся изменить свое поведение, когда они четко видят несоответствие между нынешними принципами существования и более широкими (важными) жизненными целями. Часть клиентов, как правило, понимают, в чем состоят расхождения между их поведением и видением себя в будущем. Но они также испытывают колебания и сомнения по поводу возможности изменений. Задача консультанта – помочь клиенту максимально четко определить причины этих расхождений (между ожидаемым желаемым и настоящим) и тем самым усилить его побуждения на изменения. Таким образом, внутренний конфликт, возникший у клиента, используется консультантом для помощи клиенту, и осознанное клиентом несоответствие побуждает его избавиться от неудобного поведения. В данной связи важно помнить: необходимость изменений обосновывает не консультант, а клиент.

Этап 5. Координация услуг и контроль качества

Еще одним ключевым элементом программы социального сопровождения является отлаженная система направления клиента в службы, специализирующиеся на решении индивидуальных проблем и потребностей, что, в конечном счете, приводит к изменению рискованного поведения и снижению риска заражения и передачи ВИЧ. Такие службы могут включать медицинскую и психологическую помощь, наркологическое лечение, лечение ИППП, социальные услуги, программу профилактики ВИЧ (аутрич, обмен шприцев, консультирование). Для того чтобы все эти службы были открыты и доступны для клиентов, сотрудники программы СС должны иметь определенные договорные обязательства, зафиксированные документально (договор о сотрудничестве, меморандум взаимопонимания и др.). Им надлежит не только отправлять (перенаправлять) клиентов в другие службы и программы, но затем проверять, воспользовались ли они предложенными услугами. В некоторых случаях может оказаться необходимым сопроводить клиента в такую службу.

Эффективная координация и контроль за использованием услуг возможны лишь тогда, когда социальные работники владеют полной информацией о поставщиках данного вида услуг

(адрес, телефон, перечень услуг, условия для получения данных услуг, часы работы и др.). Сотрудники социального бюро должны регулярно делать картирование (создание карты) медико-социальных служб и организаций, которые имеются на данной территории, и проверять, функционируют ли они в соответствии с заявленными целями.

Поскольку некоторые клиенты уже могут получать какие-то услуги (например, состоять участниками программы обмена шприцев), задача социального работника – вступить в контакт с этой организацией и обсудить вопросы дальнейшей работы с данными клиентами. Подобное взаимодействие должно обсуждаться с клиентом. В некоторых случаях может понадобиться письменное согласие клиента на то, что его случай будет обсуждаться с другими поставщиками услуг.

Для отслеживания прогресса в жизни клиента и внесения поправок в его индивидуальный план в связи с изменяющимися потребностями социальному работнику следует регулярно проводить с ним встречи. В некоторых ситуациях социальный работник может посещать место проживания клиента, чтобы получить представление об условиях проживания и той поддержке, которая существует со стороны близких и друзей.

Самая сложная проблема в социальном сопровождении – удержание клиента в программе. По мере решения «мешающих» ему жить проблем потребность в услугах по социальному сопровождению может терять свою остроту. У человека складывается впечатление, что «все разрешилось» и находиться в программе больше незачем. Что в этой ситуации делать социальному работнику?

В первую очередь внимательно изучить причины этого поступка. Если он вызван убеждением, что помощь в решении проблем уже оказана, человек удовлетворен и дальше способен справляться самостоятельно, это следует воспринимать, как нормальный итог социального сопровождения. Но если клиент покидает программу в силу иных обстоятельств, требуется дополнительный анализ ситуации, и в каждом случае необходим индивидуальный подход.

Сотрудникам программы нужно выработать внутренние правила для принятия решения в подобных ситуациях: продолжать работать с клиентом или прекращать работу в силу количества пропущенных встреч, непосещения служб, куда он был направлен, и т. д.

Этап 6. Выход из программы

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

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

В случаях, когда клиенту удалось решить поставленные поведенческие задачи, но он испытывает рецидивы опасного поведения и не до конца преодолел барьеры, мешающие снижению риска, не исключена целесообразность продолжения СС. С такими клиентами основной формой СС может быть консультирование по вопросам снижения риска.

Глава 3 – Организация работы социального бюро

В данной главе будет детально рассмотрен механизм создания службы социального сопровождения. В практике работы *AFEW* такая служба получила название социальное бюро.

Социальное бюро (СБ) специализируется на организации индивидуального социального сопровождения для людей, имеющих высокий риск инфицирования ВИЧ (секс-работники, потребители инъекционных наркотиков, люди, находящиеся в местах лишения свободы, бывшие осужденные), а также для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Социальное бюро функционирует на основе клиент-центрированного подхода и оказывает помощь в соответствии с запросами и потребностями клиентов.

Целью работы СБ является защита прав и интересов представителей уязвимых групп, содействие их адаптации и социализации[15] путем оказания помощи в доступности получения качественных медицинских, социальных, психологических и юридических услуг.

Основные *задачи работы СБ*:

1) консультирование по вопросам социального обслуживания клиентов;
2) организация доступа к юридической помощи и поддержке;
3) оказание психологической помощи в кризисных ситуациях;
4) содействие в получении медицинской помощи;
5) контроль качества предоставляемых клиенту услуг;
6) оказание клиенту помощи, позволяющей снизить риск распространения ВИЧ-инфекции.

В перечень основных *услуг, предоставляемых клиентам из уязвимых групп*, входят:

– помощь в определении нужд и потребностей при решении проблем, связанных или вызванных злоупотреблением наркотиками и заболеванием ВИЧ-инфекцией и другими связанными с ней социально значимыми заболеваниями (туберкулез, вирусные гепатиты);

[15] Социализация – принятие индивидом в процессе социального взаимодействия определенных норм и ценностей, взглядов и образа действий.

– содействие в получении медицинской помощи в процессе отказа от употребления наркотиков и/ или других психоактивных веществ;
– содействие в получении медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, а также других психических, соматических и хирургических заболеваний;
– содействие в получении реабилитационной помощи в режиме, оптимальном для каждого конкретного клиента;
– оказание психологической поддержки и консультирования на всех этапах сопровождения клиента;
– оказание социальной помощи – содействие в трудоустройстве и профессиональном обучении;
– оказание юридической помощи, включая оформление необходимых документов;
– содействие в получении доступных социальных услуг: ночлег, питание, одежда.

Социальное бюро выступает связующим звеном между клиентом и партнерской сетью, состоящей из организаций, работающих в сфере здравоохранения и социальной защиты. При этом роль СБ в первую очередь заключается в том, чтобы своевременно и в полном объеме подготовить клиента к получению необходимой ему помощи.

«Эффективность работы СБ зависит от работы аутрич-работников на точках, индивидуальной работы социального работника с клиентами, от взаимодействия с партнерскими организациями и качества предоставленных услуг. Эффективность работы также зависит от взаимодействия сотрудников СБ между собой и совместной разработки планов и стратегий работы социальных работника и аутрич-работников».

Шоира Ахмедова, руководитель СБ «Ишонч» (Узбекистан)

Социальное бюро осуществляет свою деятельность по следующим *ключевым направлениям*:

– **Информационное обеспечение**. Для того чтобы получить необходимую помощь, клиенту необходимо знать, какие виды помощи доступны ему в настоящий момент, и что нужно сделать, чтобы получить ее в полном объеме. Для решения поставленной задачи клиенту предоставляется доступ к информационным ресурсам СБ по определенной

схеме: выявление истинной потребности – сопоставление ее с индивидуальными особенностями клиента – формализация адекватной цели – пути ее достижения.

– **Мотивация**. Клиент может быть не готов к получению запрашиваемой им помощи (хочу работать, но не готов полностью отказаться от наркотиков; хочу лечиться, но не готов потратить на это достаточно времени; хочу стабилизировать ремиссию, но не готов заниматься нормализацией семейных отношений). В этом случае специалисты СБ работают на создание мотивации в получении таких видов помощи, которые могли бы обеспечить стабильную ремиссию и восстановление социального статуса[16].
– **Адаптационная работа**. Клиенты социального бюро, как правило, не способны адекватно оценить собственные возможности. Встречаются случаи как завышенной, так и заниженной самооценки. В этой связи проводится корректировка запроса клиента и адаптация его к тому состоянию, в котором он находится. В частности, это касается состояния здоровья и связано с наличием ВИЧ-инфекции или других заболеваний, сопутствующих употреблению наркотиков.
– **Обеспечение доступности помощи**. Задача, которую социальное бюро решает посредством организации функционирования партнерской сети. Основная функция сети – пошаговый переход клиента от специалиста к специалисту. В этой связи сотрудники СБ берут на себя ответственность за то, чтобы клиент, обращаясь за помощью в ту или иную службу, «соответствовал» требованиям данной службы. Например, имел необходимые документы или срок ремиссии (например, для направления на трудоустройство или профессиональное обучение).
– **Мониторинг качества и рынка услуг.** Позволяет оперативно реагировать на изменения, происходящие в профессиональном сообществе, и привлекать к сотрудничеству только те организации и службы, которые оказывают качественную помощь на наиболее оптимальных для клиента условиях. В соответствии с изменяющейся ситуацией и появлением или исчезновением «на рынке» тех или иных видов помощи СБ может изменять «собственный»

[16] См, например, пособие «Мотивационное интервьюирование для лиц, употребляющих инъекционные наркотики». – Международный альянс по ВИЧ/СПИДу, Киев, 2004.

набор предоставляемых услуг, оперативно реагируя на образовавшийся дефицит или ситуационно обусловленное изменение потребностей целевой группы.

– **Контроль**. Функция контроля со стороны СБ призвана помочь клиенту справиться с собственной организационной несостоятельностью, которая, как правило, возникает в результате употребления наркотиков. «Не успел», «забыл», «передумал» – эти аргументы чаще всего приводятся клиентами в качестве объяснения, почему они не получили предложенную им помощь. В данной связи СБ на начальных этапах сопровождения берет на себя функции внешнего контроля за продвижением клиента по этапам реабилитационной программы. Причем этот контроль устанавливается над клиентом добровольно, исходя из принципов уважения, доверия и разделения ответственности. С другой стороны, контроль позволяет оперативно реагировать на возникшие ситуации в системе социально-психологической помощи уязвимым группам.

Помимо перечисленного, СБ является службой, предоставляющей свой собственный набор услуг. Очень хорошо, если данные услуги не оказываются ни одним из участников партнерской сети и СБ выступает как средство ликвидации экстренных дефицитов в системе социально-психологической помощи клиентам. Но свои плюсы существуют также в ситуации, когда в ассортимент СБ включаются уже имеющиеся в регионе услуги. Таким образом, у клиента появляется возможность выбора, и он может сравнить уровень услуг, что с большой долей вероятности сказывается на повышении их качества.

Принципы построения работы с клиентом

1. Клиент-центрированный подход.

Данный подход основывается на принятии клиента без критики и осуждения. Работа строится на основе потребностей и проблем клиента, при этом его не «загоняют» в отработанные схемы, а вырабатывают индивидуальный, приемлемый алгоритм помощи. Формальный подход в решении проблем без учета индивидуальных особенностей не только не принесет успеха, но будет способствовать ухудшению состояния клиента и дискредитации службы сопровождения.

2. Разделение ответственности

Необходимо исходить из понимания того, что клиент способен вырабатывать решения и брать на себя ответственность за их последствия. Специалист только предлагает варианты решения – последнее слово остается за клиентом. Консультант должен объяснить все плюсы и минусы выбранного пути, предупредить клиента о возможных проблемах и обсудить стратегию их предупреждения. Клиенты (особенно из числа освободившихся из мест лишения свободы) привыкли к ситуации подчинения другим лицам и с неохотой берут на себя ответственность. Задача специалиста – создать условия для перехода клиента с позиции «помогите мне, я сам не смогу» к позиции «я сам могу решить данную проблему».

3. Конфиденциальность

Употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция, судимость – факторы, которые сами по себе являются стигматизирующими. Наличие всего комплекса перечисленных проблем у одного человека создает для него зачастую непреодолимые проблемы с адаптацией в обществе. Такие люди постоянно сталкиваются с проявлениями дискриминации как со стороны ближайшего окружения, так и со стороны служб, в которые они обращаются для решения проблем. Особенно часто – со стороны работодателей. Поэтому для успешной работы службы социального сопровождения необходимо соблюдать принцип конфиденциальности и сохранения врачебной тайны.

Следует помнить о существовании дисциплинарной, административной и уголовной ответственности за разглашение личных сведений, приведших к нанесению ущерба (морального, психологического, материального и т. д.). Сведения о клиенте могут быть переданы третьим лицам только с согласия клиента (кроме случаев, предусмотренных законодательством, о чем клиент должен быть заранее проинформирован). Чтобы клиент чувствовал себя в безопасности, целесообразно обсудить ситуации, когда может оказаться необходимым предоставление информации третьим лицам – например, близким родственникам, знакомым, специалистам партнерских организаций.

Разговор и принятое решение лучше зафиксировать в документе, который называется Соглашение о добровольном информировании.

4. Добровольность

В некоторых случаях клиент обращается в СБ не потому, что это его решение, а под давлением окружающих (близких, родственников, правоохранительных органов). В такой ситуации он нацелен лишь на получение конкретной услуги, требуемой его окружением. Он не самостоятелен и потому не готов на комплексное решение собственных проблем.

Система работы социального бюро[17]

Консультационная социальная телефонная служб как форма первичного контакта с клиентом эффективно работает, только если существует доступ к телефону. В крупных городах она доказала свою эффективность. Наличие телефонной службы позволяет:

- прояснить запрос клиента, по возможности произвести первичный сбор данных о клиенте, проинформировать его об услугах, которые предоставляет СБ, о правилах его работы и о конфиденциальности обращения;
- телефонному консультанту СБ – принять решение о том, куда направить клиента с его запросом.

Задачи **первичного приема** состоят в том, чтобы:

- определить, насколько адекватным является запрос, с которым клиент обратился в социальное бюро;
- прояснить, насколько клиент информирован о возможных путях решения его проблем;
- определить уровень мотивации клиента на участие в программе социального сопровождения;
- проинформировать о правилах оказания услуг, ознакомить с типовым контрактом, который СБ предлагает всем своим клиентам, разъяснить его содержание и предложить подписать этот контракт;
- вместе с клиентом определить первоочередные шаги и выбрать наиболее подходящие для этого средства.

Задачи, решаемые предоставлением **медико-психологической и социальной помощи**:

- поддержание мотивации к лечению и реабилитации;
- формирование представления о сути лечебно-реабилитационного процесса в каждом конкретном случае;

[17] См. Пример положения о социальном бюро – Приложение 4.

– информирование о различных способах получения требуемой помощи;
– обеспечение функционирования поддерживающей среды в семье и в значимом окружении;
– обеспечение доступа к службам помощи;
– проведение работы, направленной на то, чтобы состояние клиента соответствовало требованиям той или иной службы помощи;
– обеспечение преемственности между медицинскими службами.

Принцип конфиденциальности

Все письменные и устные контакты с клиентами программы должны быть строго конфиденциальны, согласованы с предписаниями организации и не противоречить законодательству страны. Все назначенные на должность работники службы, имеющие доступ к информации о клиентах, должны быть проинструктированы по вопросам конфиденциальности, надлежащего обмена информацией и необходимого согласия клиента.

Предоставление другим организациям каких бы то ни было сведений, касающихся лечения клиента, или получение таковых со стороны других организаций должны быть обусловлены предварительным, письменным согласием на это со стороны клиента программы. Но прежде чем обратиться к клиенту с подобной просьбой, социальный работник должен удостовериться, что клиент находится в адекватном состоянии и осознает все последствия своего решения. Клиенту должна быть предоставлена следующая информация:

– описание всех ситуаций, которые требуют передачи данных без предварительного уведомления и согласия клиента (например, непосредственная угроза жизни клиента);
– тип сведения, которые запрашивает или передает другая организация;
– цель или необходимость передачи или получения определенных сведений;
– период времени, в течение которого согласие признается действительным (устанавливается индивидуально, в зависимости от цели передачи информации);
– в каких случаях согласие клиента может быть признано недействительным.

ВАЖНО

При поступлении в социальное бюро официальных запросов от правоохранительных и судебных органов в ходе рассмотрения административных и/или уголовных дел, возбужденных в отношении клиента социального бюро, менеджеру необходимо проконсультироваться с юристом организации (а в случае его отсутствия – с адвокатом клиента) по вопросам предоставления необходимой информации в соответствии с запросом, но без раскрытия ВИЧ-статуса клиента.

Рабочее место

Офисное пространство должно быть устроено таким образом, чтобы позволить работнику СБ проводить собеседования с клиентами строго наедине, без присутствия других клиентов или сотрудников. Если в наличии нет отдельной, изолированной комнаты, организация должна удостовериться, что другие сотрудники или клиенты не имеют доступа к данному процессу коммуникации. Желательно выбирать помещение, в котором есть три комнаты: для проведения консультаций, в качестве кабинета для менеджера и сотрудников, для проведения групповых сессий (она же – приемная).

Хранение информации о клиенте

Организации должны обеспечить адекватную систему хранения информации о клиентах (на бумажных носителях): в картотеке, доступ к которой закрыт для любых посторонних лиц. Данную информацию составляют как минимум сведения, содержащиеся в картах сопровождения.

Автоматизированная система хранения информации о клиенте. Если данные о клиентах находятся на жестком диске компьютера, дискете или любом другом носителе информации, необходимо убедиться, что:

- доступ к данным заблокирован с помощью кода системы защиты, известного только социальным работникам, имеющим разрешение на использование этой информации;
- систематически выполняется резервное копирование накопленной информации.

Чем определяется система работы социального бюро

AFEW рекомендует своим партнерам и организациям, которые занимаются развитием программ по социальному сопровождению, чтобы каждая служба сопровождения имела в своем распоряжении следующий набор документов:

1. Стратегический документ – он, как правило, небольшой по объему (2–3 страницы), и в нем описаны видение и приоритеты организации в отношении программ социального сопровождения.
2. Стандарты оказания услуг – базовый документ, который регламентирует процесс сопровождения и определяет критерии качества для разных этапов данного процесса.
3. Положение о службе сопровождения – регламентирующий документ, составленный на основе стандартов. Этот документ содержит информацию о том, как та или иная служба обеспечивает выполнение стандартов на практике.
4. Функциональные обязанности сотрудников и штатное расписание.
5. Типовые формы документов и процедуры, регламентирующие процесс мониторинга и оценки.

В своей работе *AFEW* руководствуется собственными стандартами оказания помощи. Стандарты являются самостоятельным документом, входящим в ресурсный пакет *AFEW* по социальному сопровождению.

Вопросам мониторинга и оценки посвящается еще один материал, который по сути является частью настоящих Рекомендаций, но при этом для удобства пользователей будет издан в виде отдельной брошюры.

Глава 4 – Работа со специалистами по социальному сопровождению (социальными работниками)

Требования к специалисту по социальному сопровождению, подбор кадров и обучение

Специалисту по социальному сопровождению приходится выполнять непростую работу: помогать людям, испытывающим трудности в адаптации к условиям нашего общества, решать медицинские, социальные и психологические проблемы. В конечном итоге специалист по сопровождению призван помочь своим клиентам стать самостоятельными, приобрести основные социальные навыки, для того, чтобы они могли управлять своей жизнью. Учитывая эти задачи, такой специалист должен быть прежде всего консультантом – человеком, который способен понять клиента и помочь раскрыть его потенциал.

Личность консультанта

Часто к консультанту относятся как к некоему всемогущему психологу-супермену, знающему ответы на все вопросы, разбирающемуся во всех областях человеческой жизни, способному с первого взгляда определить, что происходит с клиентом, мгновенно найти оптимальный выход из любой ситуации. Практика показывает, что у некоторых клиентов такой консультант может вызвать восхищение и желание полностью перенести ответственность за свою жизнь на великого «гуру». У других клиентов такой «эксперт» может вызвать активный (открытая агрессия) или пассивный (формальное соглашательство) протест и сопротивление. Ни первое, ни второе отношение не является конструктивным. Первое – в связи с тем, что оно противоречит основной задаче консультирования: помочь клиенту самостоятельно принимать решения. Второе – потому, что сопротивление мешает выстраиванию доверительных отношений, без которых вся работа социального сотрудника окажется бессмысленной.

> Личность консультанта является его орудием труда.
> Ролло Мэй

Существует немало моделей описания личности «идеального» консультанта. Мы приводим перечень наиболее важных (с нашей точки зрения) характеристик:

- доброжелательный интерес к людям, способность испытывать радость от общения с окружающими, личное обаяние;
- эмпатия – способность поставить себя на место другого человека, стремление понять его чувства, мысли и установки;
- объективность – определенная степень эмоциональной отстраненности; сопереживание с сохранением контроля над своими чувствами; не безразличная, циничная холодность, но и не чрезмерная сентиментальность консультанта, который настолько эмоционально погружается в проблемы клиента, что оказывается неспособным оказать помощь;
- уважение – способность принять человека таким, какой он есть, без оценок и без стремления переделать его личность в соответствии со своими представлениями о том, что хорошо и что плохо;
- гибкость – отказ от следования стереотипам и предрассудкам в общении с людьми;
- честность по отношению к самому себе; понимание самого себя; осознание особенностей своего характера и темперамента, своих недостатков и возможностей; принятие собственного несовершенства.

Говоря о социальном сопровождении, важно отметить способность устанавливать контакты с партнерами. Партнерская сеть состоит из реальных людей со своими особенностями, ценностями и запросами. Важно уметь находить точки соприкосновения с разными людьми, думая прежде всего о благе клиентов, а не о собственных, сиюминутных чувствах и желаниях.

Подобные требования к личности консультанта могут показаться завышенными. Но все эти качества необходимо развить, а предложенный список воспринимать, как эталон, к которому стоит стремиться.

Исходный уровень образования

Кажется очевидным, что консультант обязательно должен обладать академическим объемом знаний в области психологии. Но практика опровергает это представление. Опыт преподавателей, обучающих будущих консультантов, показал, что люди, не имеющие отношения ни к психологии, ни к медицине, достигали

больших результатов в обучении за то же время, что и профессиональные психологи и психиатры.

Это, конечно, не означает, что консультант может обойтись без предварительной подготовки. Такая подготовка желательна, учитывая специфику целевых групп и разнообразие рабочих ситуаций (от обсуждения проблем со здоровьем до воссоединения семьи или устройства на работу). Другое дело, с какой целью приобретаются знания и навыки. К сожалению, современная система образования чаще направлена на обучение «ставить диагнозы» и манипулировать людьми. Консультанту же важно изучать те или иные области знания с целью использовать их для оказания помощи людям. Кому вы отдадите предпочтение – «сухарю» со множеством дипломов или открытому, доброму человеку, имеющему лишь аттестат о среднем образовании?

Ходжа Насреддин иногда перевозил людей в своей лодке. Однажды один нервный педагог нанял его, чтобы переправиться через очень широкую реку. Когда они отплыли от берега, ученый поинтересовался, не будет ли бури.

– Не спрашивайте меня об этом. Я не знаю, – сказал Насреддин.

– Вы что, никогда не изучали науки?

– Нет, – ответил Ходжа.

– В таком случае половина вашей жизни прошла зря.

Ходжа ничего не сказал. Вскоре поднялся сильный шторм. Утлое суденышко Ходжи стало наполняться водой. Он наклонился к своему спутнику.

– Вы когда-нибудь учились плавать?

– Нет, – сказал педант.

– В таком случае, учитель, вся ваша жизнь потеряна, ибо мы тонем.

Существуют различные подходы в стандартах образования социальных работников, отличающиеся друг от друга в зависимости от профиля службы. Например, в Республике Таджикистан утверждены стандарты оказания наркологической помощи населению (Приказ № 485 от 07.08.2006 года). В этом документе социальные работники разделяются на две категории: медицинские и немедицинские, и в полном объеме отражены их функциональные и должностные обязанности, стандарты образования и уровни подготовки, режим работы, загруженность в программах лечения, реабилитации и реадаптации, взаимодействие с други-

ми специалистами. На базе этого документа была разработана должностная инструкция социального работника.

Подбор специалистов

Как же отбирать людей на должность консультанта? Как определить, подходит ли тот или иной кандидат для этой роли? Если информированность по определенным вопросам можно проверить на собеседовании со специалистами или путем экзаменов, то распознать личность человека за короткое время довольно трудно. Более того, при желании человек может довольно быстро изучить необходимые для консультанта дисциплины, тогда как изменить свою личность бывает очень трудно, а иногда и невозможно. Учитывая все вышесказанное, мы предлагаем использовать при отборе кадров один критерий: желание быть консультантом. Предлагаем вам примерный список того, на что (по нашему мнению) стоит обращать внимание в первую очередь:

- человек соглашается некоторое время поработать волонтером (но злоупотреблять этим не рекомендуется);
- он самостоятельно изучает доступную литературу по консультированию, правовой базе и смежным областям знания, советуется по неясным для него вопросам с более опытными коллегами;
- стремится анализировать свою работу с клиентами и обсуждать с коллегами, что и как можно было бы сделать лучше;
- честно признает свои ошибки, а не оправдывается, перекладывая ответственность на кого-то другого или обстоятельства.

Обучение специалистов по социальному сопровождению

> Сколь бы много ты ни изучал, ты не можешь познать, не действуя.
> Осел, груженый книгами, не станет ни мыслителем, ни мудрецом.
> Саади из Шираза

Одно из важнейших требований профессиональной этики – компетентность консультанта (см. в Приложении **«Этика социальной работы: принципы и стандарты»)**. Некомпетентный сотрудник может нанести вред клиенту и дискредитировать организацию, в которой он работает.

Армия некомпетентных «специалистов» легко создаст в обществе стереотип: социальное сопровождение – это пустая трата времени и средств, а все консультанты – шарлатаны. Как же подготовить специалиста? Какое обучение помогло бы ему стать компетентным в своей работе?

Превратить человека в консультанта невозможно – только он сам может это сделать. Поэтому наша задача – создать все условия для того, чтобы человек имел возможность обучаться:

- Обеспечить доступ ко всей имеющейся литературе по консультированию и смежным областям знания. Если литература представлена в электронном виде – доступ к компьютеру. Также необходим доступ к интернету.
- Поддерживать дружелюбную атмосферу взаимопомощи в организации, открытость, стремление поделиться своим опытом. Обеспечить такой климат бывает достаточно сложно, но это одно из главных условий развития специалиста. Враждебность и соперничество внутри коллектива приведут к замкнутости новичка, стремлению работать не на благо клиента, а на обеспечение собственной безопасности.
- Обеспечить возможность проходить специальные тренинги и семинары для консультантов. В настоящее время проводится довольно много подобных мероприятий. Важно выбирать наиболее профессиональных преподавателей. Не секрет, что многие качественные обучающие мероприятия проводятся платно и зачастую стоят немалых денег. В любом случае сотрудник должен владеть информацией и об этих предложениях.
- Обеспечить сотруднику возможность самому проходить курсы индивидуального или группового консультирования или психотерапии, тренинги личностного роста. Во-первых, будучи клиентом, консультант сможет разобраться в своих собственных проблемах, комплексах и предрассудках, которые сказываются на его работе. Во-вторых, проходя консультирование, консультант сможет увидеть этот процесс изнутри, глазами клиента, сможет лучше понять, что происходит с клиентом во время консультирования. Здесь также важно выбирать для будущего консультанта специалистов-профессионалов, в противном случае подобная работа нанесет вред не только ему, но и его будущим клиентам.

Важно проводить мониторинг профессионального роста специалиста. Он может включать следующие мероприятия:

– тестирования, определяющие степень его информированности по вопросам, связанным с работой социального бюро. Чтобы исключить страх и другие негативные реакции в случае неправильных ответов, можно предложить сотруднику самому проверить свою «контрольную работу», представив список правильных ответов;
– краткое представление основных идей, рассматриваемых на семинаре или тренинге, который посетил сотрудник; коллективно обсуждение спорных вопросов;
– использование анкет по оценке работы с клиентами и удовлетворенности клиентов услугами специалиста; обсуждение результатов с коллегами;
– использование анкет обратной связи для участников партнерской сети с последующим их обсуждением.

Обучение – не одноразовое мероприятие, а длительный (в идеале бесконечный) процесс самосовершенствования. Мало пройти несколько, пусть даже суперэффективных тренингов. Необходимо постоянно работать над собой, использовать для этого любую возможность. И, конечно же, главное условие эффективного обучения – постоянная практика. С первых же дней работы нового сотрудника нужно давать ему возможность работать с клиентами. Сначала это может быть наблюдение за работой опытного консультанта, затем работа под его наблюдением и, наконец, самостоятельный «выход в море».

Как новичкам, так и опытным консультантам рекомендуется проводить встречи с обсуждением вопросов мотивации к работе:

– Почему я выбрал работу в социальном бюро?
– Что дает мне работа консультанта?
– Какую выгоду для себя я стремлюсь извлечь из своей профессии?
– Как смогу я сочетать свои потребности с потребностями клиентов?

…а также вопросов, касающихся личности консультанта и его проблем:

– Какие у меня проблемы, и как я их решаю?
– Какое влияние эти проблемы могут оказать на мою работу?
– Каковы мои ценности, и как они сказываются на моей работе с клиентами?

– Каким людям я больше нравлюсь, и кто больше нравится мне? Почему?
– Кому я не нравлюсь, и кто не нравится мне? Почему?
– Какое впечатление я произвожу на других людей?

Попытки ответить на эти вопросы помогут лучше познать и понять себя, а это значит – стать более эффективным консультантом.

Для консультантов социального бюро можно устраивать встречи с сотрудниками из партнерских организаций, где они могли бы прояснить для себя сложные вопросы специального характера, понять трудности, с которыми сталкиваются партнеры, и обсудить пути их совместного преодоления.

Библиография

1. Карл Роджерс. Консультирование и психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
2. Карл Роджерс. Клиент-центрированная психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
3. Ролло Мэй. Искусство психологического консультирования// Библиотека психологии и психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994.
4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.

Цели и задачи супервизии

Сотрудникам организации, работающим в сфере социальных взаимоотношений, необходимо периодически проходить не только обучение, связанное с повышением квалификации, но и сеансы супервизии. Супервизия – это основная форма поддержки, предполагающая, что работник может не только сфокусироваться на своих трудностях в работе с клиентом, но и разделить с супервизором часть ответственности за данную работу. Хороший супервизор может объяснить, как эффективнее использовать ресурсы, планировать работу и как контролировать чувство неудовлетворенности личными моделями поведения.

Роль супервизии резко возросла за последние годы. Это в первую очередь связано с широким распространением консультативных услуг. Общество предъявляет все большие требования

к деятельности представителей так называемых помогающих профессий; к ним относятся медицинские сестры, консультанты, социальные работники и др. В результате резко увеличилась мера ответственности, возлагаемая на этих специалистов. Что же такое супервизия?

Супервизия – «насыщенное межличностное взаимодействие, основная цель которого заключается в том, чтобы один человек (супервизор) встретился с другим человеком (супервизируемым) и попытался ему помочь сделать свою деятельность более эффективной»[18]. Данное определение перекликается с менее известным определением Логанбилла: «Интенсивные отношения межличностной направленности, проходящие один на один, в которых один человек призван содействовать развитию другого человека»[19].

Важно понимать, что специалисты помогающих профессий, адекватно воспринимая и оценивая собственную уязвимость, обретают в процессе общения с клиентами опыт, важный как для них самих, так и для клиентов. Супервизия проходит с целью расширить восприятие супервизируемого для пользы его клиента. Совмещение множества функций в супервизии – «сердцевина» эффективной работы. Ниже будут перечислены основные функции супервизии и типы супервизии. Элементы процесса супервизии для работников социального бюро могут быть применимы только с учетом всех этических принципов супервизии.

Функции супервизии в социальной работе

Образовательная (формирующая) функция подразумевает развитие умений и способностей супервизируемых. Она осуществляется через анализ работы супервизируемого (в нашем случае – социального работника) со своими клиентами. В этом процессе супервизор может помочь:

- лучше понимать клиента,
- лучше осознавать собственные реакции на клиента,
- понимать динамику взаимодействия с клиентом,
- исследовать свои интервенции и их последовательность,
- исследовать другие пути работы с этой и подобными ситуациями.

---

[18] A. Hess (Ed.). Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice. New York: John Wiley & Sons, 381–406).

[19] Loganbill C., Hardy E., and Delworth U. Supervision: A Conceptual Model. The Counseling Psychologist, Vol. 10, No. 1, 3–42, 1982.

Поддерживающая функция – это способ противостояния, когда работник, вовлекаясь в глубокую терапевтическую работу с клиентами, неизбежно подвергает себя воздействию стресса, боли и потерянности, испытываемых клиентом. Работнику нужно научиться осознавать, как это влияет на него, и справляться с любыми реакциями. Это происходит «само собой», если работник не переполнен эмоциями. Эмоции появляются из-за чувства эмпатии к клиенту, стимулируются в процессе взаимоотношений с ним или являются реакцией на определенные проявления его характера или поступки. Неприятие эмоций вскоре приводит к снижению эффективности работника, который начинает идентифицировать себя с клиентом и защищаться от дальнейшего его влияния. Накапливаясь, эти переживания становятся причиной стресса и выгорания консультанта.

Нормативная функция обеспечивает контроль в работе с людьми. Почти все супервизоры, даже не занимающие руководящие посты, ответственны за удовлетворительность работы супервизируемых и ее соответствие определенным этическим требованиям.

Типы супервизии

Наставническая супервизия. В некоторых случаях супервизор может играть в основном роль наставника, почти полностью концентрируя свою деятельность на образовательной функции, помогая «ученику» исследовать его работу с клиентом. При этом кто-то другой из окружения супервизируемого осуществляет поддерживающую и направляющую функции.

Обучающая супервизия. В этом случае в супервизии также делается ударение на образовательной функции, и супервизируемый оказывается в роли ученика. Это может быть студент – практикант или подготовленный психотерапевт, ведущий тренинг с клиентами.

В отличие от наставнической супервизии, в этом случае супервизор несет частичную ответственность за работу супервизируемого с клиентами, и потому очень заметна его направляющая (нормативная) роль.

Направляющая супервизия. Супервизор является начальником супервизируемого. Как и в обучающей супервизии, он отвечает за работу с клиентами, но отношения субординации между супервизором и супервизируемым более выражены.

Консультирующая супервизия. В этом варианте ответственность за выполняемую работу принадлежит супервизируемым, но они консультируются по ряду вопросов со своим супервизором, который выступает либо в роли «учителя», либо администратора. Такая форма супервизии подходит для опытных, квалифицированных специалистов.

В настоящее время в странах Центральной Азии школа подготовки и сертификации супервизоров и культура обращения за предоставлением супервизорской помощи находятся в стадии становления. Кто может выступить в роли супервизора для сотрудников социального бюро?

– Руководитель социального бюро/координатор программ.	В этом случае могут обсуждаться вопросы, связанные с рабочей нагрузкой консультанта, взаимодействием с партнерскими организациями, личным отношением консультанта к процессу консультирования и мотивации клиентов, работа с документацией и др.
– Социальный работник, имеющий опыт работы в консультировании клиентов с определенными видами заболеваний (ВИЧ-инфекция, ИППП, туберкулез и пр.).	Возможные вопросы для обсуждения: личное отношение консультанта к проблеме клиента, знание этапов направления клиента в партнерские организации и др.
– Психолог/психотерапевт/социальный работник.	Содержанием для беседы в данном случае является поэтапный разбор процесса консультирования, профилактика процесса эмоционального выгорания и личное отношение социального работника к его непосредственной деятельности.
– Представитель партнерской организации (НПО, СПИД-центр)	

ВАЖНО

В условиях ограниченных ресурсов для организации очной супервизии имеет смысл рассмотреть возможность ее организации заочно (по телефону или через интернет). Такая форма супервизии при грамотном подходе будет не менее эффективной, чем классическая, очная форма.

Супервизорское соглашение

Все формы супервизорских отношений должны начинаться с контракта, являющегося «совместным произведением обеих сторон, отражающего их ожидания и профессиональные интересы».

При заключении контракта необходимо обратить внимание на пять ключевых моментов:

1. Организационные формальности: продолжительность, частота, оплата, место проведения супервизии, случаи, когда сессия переносится или отменяется, и пр.

2. Границы: супервизорские сессии всегда должны начинаться с исследования рабочих вопросов и заканчиваться обзором того, что супервизируемый собирается сделать в рамках данных вопросов. Личный материал прорабатывается только в случае, если он непосредственно влияет на обучаемый процесс. В этом состоит отличие процесса супервизии от консультирования или терапии.

В контракте на супервизию должны быть четко отражены границы конфиденциальности (если необходимо будет информировать соответствующие инстанции о грубом профессиональном несоответствии сотрудника).

3. Рабочий альянс: его формирование начинается с обсуждения взаимных ожиданий. В каком стиле сотрудник желает получать супервизию, на каких темах он хотел бы сконцентрировать внимание? Супервизор должен четко определить, какую манеру супервизии он предпочитает и чего он ждет от супервизируемого. Контракт обрисовывает рамки, в которых могут развиваться отношения, и любые отклонения от контракта нужно рассматривать, как возможность для анализа и дальнейшего построения отношений, а не как явление, которое следует осудить и искоренить.

4. Формат сессии предварительно полезно обсудить: будет ли все время посвящено одному случаю? Собирается ли супервизируемый пользоваться письменным отчетом или предоставит устное описание случая? Собирается ли супервизируемый всякий раз информировать супервизора о новом клиенте? и др.

5. Организационный и профессиональный контекст. В большинстве супервизорских ситуаций, помимо непосредственных участников, принимают участие представители организации или организаций, в которых проводится работа. Важно обсудить ответственность супервизора в проверке качества работы, а также специфику отчета по супервизии, который от него потребуется. Также важно прояснить профессиональные и этические правила действий с каждой из сторон. Хотя в большинстве профессий нет четкого нормативного свода для супервизии, желательно, чтобы начинающие супервизоры все-таки проверяли, существуют ли подобные стандарты внутри их профессии и/или организации. Если нет, тогда предпочтительно, чтобы супервизор имел ясное представление об этических границах супервизии и был способен объяснить их супервизируемому.

Ответственность за успешный процесс супервизии лежит как на супервизоре, так и на супервизируемом и включает:

- определение практических вопросов, в которых ему нужна помощь;
- повышение своей способности открыто делиться чувствами;
- представление, какую реакцию он может вызвать у супервизора;
- большее осознание организационных соглашений, влияющих на супервизора, клиентов и супервизируемого;
- открытость для обратной связи;
- контролирование тенденций к осуждению, оправданиям или защите;
- развитие способности определять, какой вид обратной связи является наиболее эффективным.

Очень актуален вопрос качественной подготовки супервизоров. Ранее упоминалось, кто может выступать в роли супервизора для сотрудника социального бюро. Список качеств, необходимых «идеальному супервизору», приводят многие источники. В большинстве источников он включает:

- гибкость в переходе от теоретических концепций к использованию широкого спектра вмешательств и методов;
- эмпатию, понимание, безусловное позитивное принятие, интерес, открытость;
- возможность смотреть на ситуацию с разных точек зрения;
- наличие рабочего плана дисциплины, в которой проводится супервизия;

– способность работать транскультурально (учитывать культурные особенности и др.);
– способность сдерживать тревогу и управлять ею (в себе и в отношении супервизируемого);
– способность учиться у супервизируемого и у новых ситуаций;
– чувствительность к более широкому контексту – это подталкивает и терапевтический процесс, и процесс супервизии;
– юмор, скромность, терпение.

Возможно, многими из этих качеств вы уже обладаете. Если нет, вам нужно постараться развить их, чтобы стать компетентным специалистом в области помогающих профессий.

В заключение хочется отметить, что быть супервизором – одновременно сложная и благодарная задача. Она обманчива, в ней используются сходные навыки работы с клиентом, но супервизор должен ясно видеть, насколько супервизия отлична от этой работы по контексту, формам и рамкам, и что она требует более развитой этической чувствительности. Важно исследовать собственные чувства, мотивы и ожидания, связанные с ролью супервизора, поскольку они будут оказывать огромное влияние на атмосферу, которую вы создадите на супервизорских встречах.

Супервизия – это та служба, где обе стороны постоянно находятся в процессе обучения.

Что может помешать получить супервизию?

Важным моментом здесь является осознание препятствий, стоящих на пути получения супервизии, и возможностей их преодоления. Ими могут оказаться предыдущий опыт супервизии, личное сопротивление, трудности в общении с авторитетами, ролевой конфликт, а также внешние препятствия типа финансовых или географических, неспособность принимать поддержку, организационные препятствия. Некоторые из них могут быть вызваны стрессом или синдромом профессионального сгорания.

Социальные работники, сотрудники НПО, работающие с уязвимыми группами, врачи, учителя часто жалуются на усталость от работы с многочисленными клиентами, но при этом отказываются/не умеют принимать помощь. Можно обвинять тех, кто вовремя им ее не оказывает, а можно попытаться самостоятельно организовать необходимую себе поддержку и супервизию.

Профилактика синдрома профессионального сгорания[20]

Стресс. Поддержка социальных работников

Социальные работники, специализирующиеся в области ВИЧ/СПИДа, подвергаются стрессу практически на всех уровнях своей работы. Основными факторами стресса являются специфика требований клиента, обусловленных распространенными в обществе дискриминацией и предвзятым отношением к людям, живущим с ВИЧ, и атмосфера отчаяния и безысходности, в которой находятся большинство клиентов. В ряде случаев эти проблемы осложняются для работника переживаниями, связанными с собственным ВИЧ-статусом. Постоянное присутствие факторов стресса приводит к быстрому психическому и физическому истощению и, как следствие, значительной текучести кадров среди социальных работников.

Учитывая количество времени, средств и энергии, необходимых для обучения персонала служб социального сопровождения, представляется крайне важным обеспечение их дальнейшей поддержки. При наличии такой поддержки можно будет сохранить хотя бы наиболее опытные кадры. Поддержка включает различные виды деятельности по сокращению воздействия стресса, организацию группы взаимной поддержки, ограничение количества клиентов на одного работника, исходя из серьезности состояния клиента и характера его потребностей.

Необходимо, чтобы в расписание работы сотрудников было включено время на их ежемесячные посещения собраний по различным вопросам социального сопровождения, финансируемых координатором ВИЧ-сервисных программ. Социальные работники должны иметь возможность раз в три месяца посещать собрания, на которых будут присутствовать сотрудники других служб, предоставляющих услуги социального сопровождения. Помимо названных, существует и ряд других стратегий, предотвращающих синдром сгорания: регулярный контроль, организация удобного рабочего пространства, создание необходимой рабочей атмосферы. Полезно время от времени менять характер пробле-

[20] Профессиональное сгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без «разрядки» или «освобождения» от них. Профессиональное сгорание ведет к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов человека.

мы, с которой работает данный сотрудник. Необходимо выделить из рабочего времени период для ведения документации, в случае надобности обеспечить социальному работнику направление и свободный доступ к программе поддержки сотрудников (ППС), соответствующее денежное вознаграждение и различные льготы (страхование здоровья, возможность отпуска и личного времени, обеспечение больничными листами и т. д.).

Некоторые виды стресса могут позитивно влиять на физическое состояние, ум и энергию работника. Они могут пробудить человека к действию, направленному на преодоление кризиса. Однако возможна ситуация, когда, несмотря на наличие побуждений, человек оказывается не в состоянии поддаться импульсу. Непроработанный стресс остается в теле и может негативно сказаться на физическом, умственном или эмоциональном уровне.

Важно знать об особенностях реакции своего организма на стресс, чтобы вовремя заметить растущее напряжение. Консультант остается с болью пациента как бы один на один. Перед ним встает вопрос: попытаться справиться с фрустрацией, возникшей из-за неспособности сохранить силы при встрече с потребностями клиента, которые есть и у него самого, или все-таки действовать, несмотря на то, что он чувствует себя недостаточно подготовленным и эмоционально адекватным.

Ниже приведены самые распространенные симптомы ответной реакции на стресс.

Проявления стресса

Физические:
- мигрени или головные боли;
- диарея, несварение, запоры;
- бессонница;
- утомляемость;
- потеря аппетита.

Психические:
- неспособность концентрировать внимание;
- навязчивое беспокойство;
- параноидальные мысли – восприятие себя в качестве жертвы.

Поведенческие:
- попытки проявлять заботу, но не соответствующие этому чувства и действия;

– уклонение от общения с клиентом, коллегами, от трудных ситуаций;
– избыточное употребление алкоголя, табака, переедание.

Эмоциональные:
– резкие колебания настроения;
– нежелание вставать утром с постели;
– приступы тревоги;
– ненависть по отношению к клиентам.

Сгорание

Термин «сгорание» в последние годы употребляется все чаще. В помогающих профессиях данное явление стало эквивалентом того, что в британской армии называют «пулевым шоком» («shell shok«), а в американской – «изнурением битвой» («battle fatigue»). Старшее поколение называет это «нервы», а более юное – «депрессия». В основе всех перчисленных понятий – «неспособность справиться» (с ситуацией, эмоциальной и физической нагрузкой и т. д.). Сгорание – это не не состояние и не болезнь, которую можно «подцепить». Это процесс, который в помогающей деятельности, как правило, начинается очень рано.

Соглавно результатам исследований, нереалистично высокие ожидания в большинстве случаем приводят к разочарованию и апатии. Многие профессии требуют значительной самоотдачи и способности продолжительное время служить другим людям, разрешая их проблемы, переживая их боль, удовлетворяя их потребности и сохраняя при этом образ сильного и счастливого человека. Эти ожидания могут удвоиться для личности, привыкшей скрывать свою боль, будучи для собственной семьи надеждой и опорой.

Сгорание определяют следующим образом: «Это результат постоянных или периодических эмоциональных нагрузок, связанных с интенсивным взаимодействием с людьми на протяжении длительного периода. Такие интенсивные нагрузки особенно характерны для сферы здравоохранения, образования и социального обслуживания, в которых специалисты "по призванию" оказывают помощь людям с психологическими, социальными и физическими проблемами. Сгорание – это мучительное переживание чувства невозможности в полной мере помочь страдающим людям, того, что ничего больше уже не можешь им дать» (A. Pines, E. Aronson. Burnout: from tedium to personal growth, New York, 1981).

Сгорание проявляется:

– в состоянии эмоционального и физического истощения с недостатком мотивации к работе и пониженным доверием к другим;
– в деперсонализации клиентов, недостатке заботы и цинизме по отношению к ним;
– в самообвинении, упадке духа и глубоком ощущении провала.

Нужно стараться предупредить сгорание. Для этого необходимо исследовать мотивы выбора помогающей профессии, а затем постоянно «отслеживать» всяческие проявления стресса, создавать здоровую систему поддержки и за пределами рабочей ситуации стремиться жить радостной и физически активной жизнью.

Важно отметить еще один аспект, которому в большинстве источников не уделено внимания – это апатия и потеря интереса, развивающиеся у работников, которые в середине карьеры бросают учебу и как бы перестают развиваться. Они полагаются на устоявшиеся модели общения с клиентами, то есть относятся к каждому новому клиенту как к повторению предыдущего.

Важным аспектом для предоставления качественных услуг по социальному сопровождению является внедрение на рабочем месте принципов супервизии. В социальном бюро «Ковчег» с каждым социальным работником заключен контракт, в котором определено время для супервизии. Обычно в роли супервизора выступает руководитель проекта.

Супервизия дает возможность социальному работнику посмотреть на себя «со стороны», проверить собственные знания, обсудить с коллегами сложившуюся ситуацию, возникшие трудности в работе с клиентом, провести анализ проведенной работы и составить план работы на следующий период. Помимо этого, супервизия способствует укреплению веры как в свои силы, так и возможности клиента.

Светлана Садуакасова, руководитель Социального бюро «Ковчег», Казахстан

Для профилактики сгорания вокруг сотрудника нужно создать обучающую среду, у него должны быть четко определены обязанности и рабочая нагрузка.

Копилка приемов и методов профилактики эмоционального сгорания

Представляем вам копилку методов, собранную на тренингах по профилактике синдрома эмоционального сгорания (СЭС) среди врачей, психологов и консультантов. Эта копилка позволит расширить свой выбор, опираясь на опыт других.

На работе:

- Обустройство рабочего места, создание максимально возможных, комфортных условий.
- Регулярное повышение квалификации, обучение.
- Обсуждение трудных рабочих ситуаций с коллегами.
- Соблюдение режима труда, отдыха и питания.
- Определение целей и возможностей дальнейшего карьерного роста.
- Смена места работы (как крайний вариант).
- Поиск в рутинной работе положительных моментов.
- Отдых соразмерно нагрузкам.
- Отпуск.

Вне работы:

- Художественная литература (в том числе философская).
- Фильмы, спектакли.
- Различные виды искусства.
- Просмотр юмористических передач.
- Любимый фильм.
- Кулинарные изыски.
- Танцы, йога, шейпинг.
- Правильное питание.
- Различные виды спорта, прогулки.
- Баня, сауна.
- Поход в ночной клуб, на вечеринку.
- Ароматерапия, массаж, диета.
- Парикмахерская, шоппинг.
- Посещение психолога.
- Отдых в санатории.
- Рыбалка.
- Общение с близкими, друзьями.
- Секс.
- Пикник, путешествие (поездка в «красивое место»).

– Экстраординарное событие.
– Ремонт дома.
– Сон.
– Вязание, медитация, уход за цветами.

Способы справиться с напряжением и со сложными ситуациями:

– Покричать там, где никто не услышит.
– Уединиться.
– Выбить пыль из ковра, устроить генеральную уборку дома.
– Рассказать близкому человеку.
– Поговорить с другим консультантом.
– Поплакать, если грустно.
– Встретиться с подругой/другом и с чувством обсудить ситуацию.
– Написать письмо обидчику, но не отправлять.
– Побить подушку.
– Заняться спортом.
– Представить что-то смешное.
– Погримасничать перед зеркалом.
– Побубнить.
– Порисовать.
– Погулять, интенсивно пройтись и подумать.
– Помедитировать.
– Послушать спокойную музыку.

Памятка начинающим

Если вы заинтересовались инструментами профилактики СЭС, предлагаем вам некоторые рекомендации, которые вам, безусловно, помогут на новом пути.

– Начинающий – это тот, кто стоит в начале пути.
– Первый этап для начинающих является вынужденным, здесь приходится прилагать волевые усилия для достижения необходимого результата.
– Второй этап – приобретение вкуса к занятиям, которые происходят уже по собственной инициативе и совершенно сознательно.
– Третий – занятие превращается в радостную потребность.

Делая первые шаги на пути изменения себя, хорошо читать книги, рассказывающие о сущности человека, о его душевном и физическом развитии и совершенствовании. Они принесут вам вдохновение.

- Вдохновить также может и общение с людьми, интересующимися этой же темой.
- Постарайтесь осознать, что время, затрачиваемое на работу по самоусовершенствованию, принадлежит вам и больше никому.
- Рано или поздно приходит понимание, что организм, если постоянно не пополнять его ресурсы, становится слабее.
- Здоровье тела, психика и ум – личная собственность каждого человека, и у каждого есть выбор: прилагать усилия или пустить все по течению. Хорошо, что вы поняли это сейчас.
- Новое – это часто известное и забытое старое.
- Лучший способ начать – отбросить все сомнения, выбрать время и… начать!

Библиография

1. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. – СПб.: Речь, 2002.

2. Социально-психологическая работа с уязвимыми группами// Методическое пособие. – Караганда: Кредо, 2006.

3. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.

4. Аманова Ж.Ш. О деятельности и подготовке социального работника в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля// Методические рекомендации. – Павлодар, 2002 .

5. Синдром эмоционального сгорания. Рекомендации для специалистов. – М.: СПИД Фонд Восток-Запад, 2006.

Глава 5 – Проект «СПИД Фонда Восток-Запад ***(AFEW***)» «Создание комплексной региональной системы профилактики ВИЧ среди уязвимых групп населения (2005–2008 гг.): методологическая основа программы – модель «пирамида»

С января 2005 года «СПИД Фонд Восток-Запад» осуществляет трехгодичный проект в четырех странах Центральной Азии (Казахстан, Таджикистан, Кыргызстан и Узбекистан), направленный на внедрение системы социального сопровождения для представителей наиболее уязвимых групп населения: потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников, людей, находящихся в местах лишения свободы, бывших осужденных.

В начале проекта (январь 2005 г.) сотрудники *AFEW* проводили консультации с местными правительственными и неправительственными организациями для того, чтобы выбрать регионы, которые наиболее подходят для внедрения модели социального сопровождения. С целью определения поведенческих особенностей и потребностей целевых групп в различных услугах в области ВИЧ/СПИДа *AFEW* провел исследование «Быстрая оценка ситуации» среди четырех групп:

– секс-работники,
– потребители инъекционных наркотиков,
– осужденные и поставщики услуг.

Модель AFEW «Оценка потенциала служб в области ВИЧ/СПИДа» описывает роли и взаимоотношения между различными звеньями медицинской и социальной систем. Она представляет собой линзу, через которую *AFEW* видит систему оказания помощи, и предоставляет базис для оценки потребностей и ресурсов, которые имеются в каждом конкретном регионе (области).

Идея заключается в том, что для адекватной защиты от эпидемии ВИЧ/СПИДа, с учетом особенностей каждого региона,

требуется определенный организационный потенциал, который включает:

1) наличие координационного механизма для обеспечения эффективной коммуникации и координации деятельности, как на областном, так и на национальном уровнях;
2) наличие ресурсного и тренинг-центра для поддержки поставщиков услуг и гарантии доступа к современной информации, знаниям и навыкам;
3) наличие сильных партнеров, которые могли бы выступать в роли ключевых и заниматься управлением услугами в области ВИЧ/СПИДа, а также выступать в роли главного контакта для представителей целевых групп. Международный опыт показывает, что в идеале данный уровень состоит из некоторого количества социальных консультантов, которые оказывают помощь клиентам в оценке их потребностей, разрабатывают стратегию для решения их проблем и помогают им ориентироваться в сети поставщиков услуг;
4) наличие сильной сети поставщиков услуг, которыми клиенты могут воспользоваться для получения помощи;
5) программы обучения представителей целевых групп по вопросам ВИЧ/СПИДа в соответствии с их потребностями.

Принимая во внимание результаты оценки, проведенной *AFEW,* было принято решение направить проект на развитие регионального потенциала с целью улучшения программ по профилактике ВИЧ-инфекции. Мероприятия проекта нацелены главным образом на создание координационного механизма, открытие ресурсных центров и социальных бюро, а также повышение потенциала местных организаций, которые напрямую работают с целевыми группами. Особый акцент ставится на формирование эффективной сети поставщиков услуг, задача которой – оказывать помощь клиентам для удовлетворения их потребностей с помощью группы обученных социальных консультантов.

Для достижения поставленных целей сотрудники *AFEW* определили несколько направлений, по которым осуществляется прямое инвестирование (финансовое и материальное), разрабатываются мероприятия и сформулированы желаемые результаты для проведения оценки и мониторинга. «Пирамида» представляет собой графическое изображение модели внедрения социального сопровождения в данном регионе и может использоваться как пример или передовой опыт для расширения подобных программ в других местах.

Модель «Пирамида»

Поскольку большинство клиентов программы социального сопровождения демонстрируют наличие комплекса проблем, к реализации программы привлекаются самые различные службы, учреждения и ведомства. При этом возникают пересечения в программной, экономической, методологической и управленческой плоскостях. Поэтому, для того чтобы программа успешно развивалась, необходимо наличие **управленческого координационного механизма.** Этот механизм представляет собой верхушку пирамиды. Его задача – обеспечение административной поддержки функционирования проекта. Далее мы поговорим о каждом из уровней пирамиды более подробно.

Рис. 2. Модель «Пирамида»

На следующем уровне пирамиды находится **ресурсный центр,** который служит целям поддержания и контроля качества услуг и позволяет обеспечить и гарантировать доступ к современной информации, знаниям и навыкам с целью обучения специалистов, работающих с клиентом.

Третий уровень пирамиды – уровень **ключевых партнеров**. Ключевыми в данной модели являются те партнеры, которые непосредственно занимаются социальным сопровождением. Ключевые партнеры – это организации, на базе которых размещается служба сопровождения – социальное бюро.

Далее следует уровень **партнеров-исполнителей**. К ним относятся те организации, которые сотрудничают с социальным бюро и предоставляют его клиенту те или иные услуги (медицинские, социальные, психологические, юридические) или, например, гуманитарную помощь. Координация деятельности партнеров-исполнителей осуществляется ресурсным центром, при этом у социального бюро с каждым из партнеров бюро имеется определенный порядок взаимодействия. Более подробно о работе по созданию и поддержке партнерской сети мы поговорим в следующих главах.

В основании пирамиды находится **целевая группа**, представители которой пребывают в контакте с поставщиками услуг. Однако важно понимать, что и ключевые партнеры также находятся в непосредственном контакте с целевой группой.

Что нужно сделать, чтобы пирамида была устойчивой?

Для того чтобы программа устойчиво работала на территории города или области, в каждый из уровней пирамиды необходимо инвестировать определенные ресурсы: финансовые, человеческие и интеллектуальные. Только при наличии полноценного «инвестиционного портфеля» пирамида будет устойчивой, а значит, клиенты программы будут своевременно получать качественные услуги. Что организатору программы нужно инвестировать в «пирамиду» для устойчивости:

1. *Координационный механизм на уровне страны или области.* Инвестицией на этом уровне поначалу будут являться разъяснение и адвокация, а в дальнейшем – поддержка деятельности координационного механизма. Социальное сопровождение для стран СНГ – пока еще новая концепция, и требуется время для того, чтобы объяснить и показать, как она работает и какие

преимущества дает по сравнению с другими системами оказания помощи представителям уязвимых групп. Результат работы координационного механизма – разработка рекомендаций, процедур и нормативов, распространение успешного опыта и извлеченных уроков, мониторинг и оценка проекта. В оказываемой поддержке по развитию и укреплению координационных механизмов на местах (город, район, область) немаловажное место занимает наличие правовой и законодательной базы, регламентирующей создание механизмов для координации всей работы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в соответствии с национальными программами в сфере ВИЧ/СПИДа и профилактики наркозависимости.

2. *Ресурсный/тренинговый центр проекта.* Требует инвестиций в виде технической, методической и материальной поддержки, а также проведения исследований, организацию тренингов, направленных на повышение потенциала, развитие сети поставщиков услуг, централизованный сбор и анализ данных, полученных при помощи системы мониторинга СС. Результаты работы ресурсного центра – разработка тренингов и институализация программы, повышение уровня профессионализма специалистов, оказывающих услуги, наличие развитой партнерской сети поставщиков услуг, рекомендаций по улучшению качества услуг, мониторинга и оценки. Особое значение имеет привлечение в деятельность ресурсного центра ведущих местных специалистов и экспертов различного профиля (наркологов, психотерапевтов, психологов, инфекционистов, фтизиатров, социальных консультантов и т.д.) для организации циклов по подготовке, усовершенствованию знаний и обучению задействованных специалистов государственных и неправительственных организаций в сфере оказания профилактической и медико-социальной помощи.

3. *Ключевые партнеры* (службы социального сопровождения). На этом уровне необходимо инвестировать ресурсы в тренинги по повышению потенциала, разработку и распространение информационных материалов (руководства и методические материалы), обучающие поездки и конференции, поддержку создания партнерской сети поставщиков услуг и создание службы сопровождения путем предоставления грантов, бюджетного финансирования и технической помощи. Результатом этого будет наличие функционирующих служб социального сопровождения.

4. *Партнеры-исполнители – участники партнерской сети поставщиков услуг.* На данном уровне необходимо инвестировать **в качество, количество и доступность услуг.** При этом приоритеты определяются путем проведения оценки потребностей клиентов, а программа поддержки и развития партнерской сети строится при участии координационного механизма. Результатом работы на этом уровне станет большой выбор служб и профилактических программ и, что немаловажно, – наличие стандартов качества услуг.

5. *Целевые группы: ПИН, секс-работники, люди, находящиеся в местах лишения свободы, бывшие осужденные, ЛЖВ.*

- Мероприятия: информационные материалы, средства индивидуальной защиты (презервативы, шприцы) и аутрич-работа.
- Результаты: повышение уровня знаний по ВИЧ/СПИДу и рост числа обращений в службы сопровождения.

Создание координационного механизма в Согдийской области Таджикистана

Значимым моментом для достижения эффективного сотрудничества и координации на уровне страны и области является участие руководителей, ключевых партнеров и партнеров-исполнителей в региональных и республиканских семинарах, совещаниях, тренингах и ознакомительных поездках, организованных для знакомства с проблемами, связанными с разработкой, планированием и внедрением профилактических программ для уязвимых слоев населения (в том числе программы социального сопровождения) с организацией партнерской сети на местном уровне.

По итогам заседаний Координационных советов в Согдийской области была организована рабочая группа с участием ключевых партнеров, на которой были детально рассмотрены совместные шаги по внедрению программы социального сопровождения в Согдийской области. Результатом совместной работы стало внесение мероприятий в рамках проекта AFEW «Социальное сопровождение» в областную программу и областной план действий Согдийской области на 2006–2010 годы, утвержденных решением Хукумата Согдийской области № 167 от 17 июля 2006 года. Это позволило ключевым партнерам и партнерам-исполнителям оперативно решать на местах возникающие проблемы, вопросы по развитию социального сопровождения и налаживания партнерской сети на городском, районном и областном уровнях.

Общие принципы организации мониторинга

Для проведения мониторинга за мероприятиями и обеспечения качественных результатов *необходимо* задействовать несколько механизмов, например:

- система мониторинга процесса социального сопровождения представляет собой систему сбора информации о клиенте и создание базы данных, которые позволят отслеживать работу социальных работников и оценивать эффективность работы партнерской сети;
- система оценки тренингов позволяет отслеживать эффективность тренингов путем оценки изменения уровня знаний у участников до и после обучения;
- набор стандартов по социальному сопровождению в области ВИЧ-инфекции позволяет обеспечить высокое качество функционирования службы социального сопровождения;
- процедура *AFEW* по разработке информационных материалов включает процедуру получения обратной связи относительно всех материалов и высококачественные лингвистические услуги.

Глава 6 – Основные принципы построения партнерской сети по обеспечению социального сопровождения

Создание партнерской сети является ключевым элементом в организации социального сопровождения, поэтому при создании специализированной службы социального сопровождения (социальное бюро – СБ) необходимо прежде всего определить партнеров и наладить координацию деятельности по обеспечению своевременного доступа клиента к услугам партнерских организаций.

Координация деятельности служб по оказанию различных услуг клиенту

Основные шаги построения партнерской сети по обеспечению социального сопровождения

Механизмы взаимодействия между организациями различной формы собственности (государственные, общественные, коммерческие) должны строиться, исходя из следующих положений:

1. Четкая согласованная система правовых норм и регуляторов, обеспечивающих взаимодействие.
2. Открытые и контролируемые процедуры разработки и реализации программы.
3. Разнообразные формы и способы финансирования взаимодействия из разных источников.
4. Фиксированные и согласованные правила оценки, осуществления и контроль отчетности за ходом исполнения программы.

Ключевым элементом, на базе которого формируется партнерская сеть, должна стать задача социальной адаптации уязвимых групп. Осознание всеми актуальности данной проблемы еще не означает, что возможно автоматическое возникновение партнерства между заинтересованными организациями.

Необходимо понимание интересов сторон по следующим моментам:

- определение интересов каждого из возможных партнеров;
- стремление каждой из сторон найти решение проблемы посредством взаимодействия;
- осознание сторонами, что объединение их сил и средств создает единую программу;
- осознание возможности решить проблему только совместными силами;
- понимание своей роли, целей и статуса в общей программе; свои особые возможности решения проблемы;
- осознание взаимной выгодности и привлекательности партнерства.

Эффективность работы СБ зависит от взаимодействия ключевых партнеров, понимания единой цели и задач, которые стоят перед партнерской сетью. В марте 2006 года социальным бюро «Ковчег» при поддержке «СПИД Фонда Восток-Запад» Акимата по Алматинской области была организована рабочая встреча для руководителей сервисных организаций, оказывающих социальные и медицинские услуги, в том числе целевым группам. На рабочей встрече прошла презентация проекта «Социальное сопровождение», обсуждались вопросы возможного сотрудничества.

Благодаря этой встрече Социальное бюро «Ковчег» заручилось поддержкой руководителей Алматинской области, что позволило на основе двусторонних соглашений организовать партнерскую сеть из 12 организаций, создать базу данных по имеющимся (оказываемым) услугам, разработать перечень собственных услуг для клиентов бюро, войти в координационный совет при Акиме Алматинской области по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа».

Светлана Садуакасова, руководитель Социального бюро «Ковчег», Казахстан

Основные принципы партнерских отношений включают:

- заинтересованность каждой из взаимодействующих организаций в поиске путей решения проблемы;
- бесконфликтное сотрудничество между партнерами в разрешении спорных вопросов;
- объединение усилий и возможностей каждой из сторон в решении важных проблем, неэффективно решаемых ими раздельно;

– стремление к поиску реалистичных решений, а не имитация такого поиска;
– взаимоприемлемый контроль и учет общих интересов при разрешении проблемной ситуации;
– правовая обоснованность кооперации, предоставляющая выгодные каждой стороне и обществу в целом условия взаимодействия;
– общая цель; действия партнеров направлены на результат, значимый для целевой группы, а не на реализацию задач частных проектов;
– сотрудничество оправдывает себя – совместный результат превышает простую сумму усилий, 1+1 > 2;
– присутствует значимый вклад и активность каждой из сторон;
– взаимодействие характеризуется доверием партнеров друг к другу, их ориентацией на долгосрочное сотрудничество;
– равенство;
– открытость;
– взаимная выгода.

История создания партнерской сети в г. Навои

Контакты с потенциальными партнерами сети по обеспечению социального сопровождения групп населения, особенно уязвимого к ВИЧ, стали налаживаться в Навоийской области Узбекистана с началом подготовки и проведения экспресс-оценки ситуации. На региональном семинаре, проведенном в мае 2005 года для ключевых партнеров (СПИД-центр, дерматовенерологический диспансер, наркологический диспансер и НПО), был определен круг организаций и предприятий, которые непосредственно оказывают услуги целевым группам проекта. В июле–августе 2005 года в ходе проведения анкетирования провайдеров услуг происходило непосредственное знакомство с руководителями данных организаций и сбор информации об оказываемых ими услугах.

В ноябре 2005 года на рабочем совещании «Результаты экспресс-оценки ситуации в рамках проекта “Социальное сопровождение” в Навоийской области. Планирование ответных мероприятий», куда были приглашены руководители всех заинтересованных организаций и учреждений региона, а также региональные руководители медицинской (начальник областного управления здравоохранения) и социальной службы (заместитель Хокима области по социально-экономическим воп-

росам), руководство Управления внутренних дел, Областного управления исполнения наказаний, руководители местных НПО и областных отделений международных НПО. В результате было принято решение о передаче собранных контактных данных организаций-участников вновь созданным социальным бюро в качестве основы для создания партнерской сети на основе двусторонних партнерских соглашений (см. Приложение «Партнерское соглашение»).

К началу 2006 года каждое СБ имело партнерские соглашения с 15–20 организациями и учреждениями, оказывающими медицинские, социальные и юридические услуги населению.

В июне 2006 года было решено провести встречу для партнеров, имеющих ключевое значение в решении социальных вопросов (согласно предложению сотрудников СБ для участия были приглашены руководители только тех организаций, которые предоставляют социальные и юридические услуги), для повышения их информированности о целях и задачах проекта, а также для обсуждения возможностей взаимовыгодного сотрудничества. Так была получена поддержка со стороны местных органов самоуправления (Махалля), Комитета женщин, Управления по труду и социальной защите, ранее уже сотрудничавших с СБ, но в порядке личного взаимодействия.

По запросу партнеров и сотрудников СБ тренерами *AFEW* был проведен тренинг по повышению информированности о ВИЧ/СПИДе для сотрудников местных органов самоуправления, непосредственно работающих с представителями уязвимых групп.

Был создан и распространен среди всех участников партнерской сети информационный буклет о работе СБ; медицинские организации-партнеры получили плакаты и брошюры медицинской тематики, изданные *AFEW*; готовится к изданию настенный календарь-памятка с описанием принципов взаимодействия СБ и партнеров.

Прежде чем приступать к работе, необходимо четко сформулировать проблему, на решение которой будут направлены общие действия. Для этого необходимо собрать и проанализировать качественную и количественную информацию, которая характеризует проблему. Кроме того, необходимо провести анализ деятельности организаций, уже работающих с данной проблемой, или организаций, которых можно привлечь к сотрудничеству. При этом необходимо определить внешние факторы, которые могут оказать воздействие на потенциального партнера. Необходимо рассмотреть несколько возможных подходов в решении

проблемы, основанных на совместной деятельности с потенциальными партнерами. И, наконец, назначить в организации ответственное лицо за развитие партнерства.

Основные этапы построения сети:

- Обзор законодательства страны в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркозависимости, существующих нормативно-правовых документов и подзаконных актов.
- Оценка рынка медико-социальных услуг.
- Выбор партнеров.
- Определение общей цели и задач.
- Определение «собственных» целей и задач каждого участника сети.
- Формирование регламента сотрудничества.
- Составление плана работы сети.
- Определение обязанностей и ответственности участников сети.
- Работа в сети.
- Организация мониторинга и оценки эффективности работы сети.
- Продолжение сотрудничества с учетом рекомендаций, полученных по итогам мониторинга.

Выбор партнера:

- Поиск и знакомство с деятельностью организаций – потенциальных партнеров.
- Оценка возможности и необходимости взаимного сотрудничества.
- Установления контактов с организацией.
- Определение условий, обязательств и регламента сотрудничества.

При выборе партнера необходимо провести оценку следующих характеристик:

- Какие услуги, на каких условиях предоставляет организация.
- Юридическая форма организации (ГО, НПО, коммерческие организации).
- Нормативные документы, регламентирующие деятельность организации.
- Потребности организации и специалистов.

– Готовность к равноправному сотрудничеству.
– Необходимые условия для сотрудничества.
– Ресурсы организации.

Качественные характеристики партнера:
– Устойчивость.
– Профессионализм персонала.
– Гарантии качества услуг.
– Клиент–центрированный подход.
– Доступность услуг.
– Репутация.
– Открытость и прозрачность.

Обязательные условия для функционирования сети:
– Наличие общих конкретных проблем и сложностей в работе.
– Наличие ресурсов, которыми могут воспользоваться партнеры по сети (услуги, помещение, персонал, информация и материалы).
– Четкое понимание необходимости участия в сети.
– Готовность на дополнительную нагрузку для работы в сети.
– Существование атмосферы открытости и безопасности между участниками.
– Функционирование системы связи и информационного обмена.

Сопровождение при направлении в другие службы

Ключевым элементом реализации программы социального сопровождения является наличие партнерской сети. Партнерами сети являются организации, предоставляющие услуги, необходимые для решения проблем клиента. Таким образом, индикатором выбора партнерской организации является требуемая для клиента услуга.

При оценке рынка услуг необходимо учитывать следующие параметры:

1) наличие услуги;
2) кто оказывает данную услугу;
3) какие требования предъявляются к получателю данной услуги;

4) каковы возможности установления партнерских отношений СБ с организацией, предоставляющей данные услуги, и условия их предоставления (на платной основе, бесплатно, анонимно, не анонимно, график и режим работы).

В результате поиска конкретной услуги можно найти одну или несколько организаций, ее предоставляющих, или убедиться, что эта услуга на территории действия программы никем не предоставляется.

При наличии таких организаций следующим шагом должно стать определение качества и доступности предоставляемой услуги.

В ходе мониторинга качества услуг необходимо использовать следующую информацию:

1) официальные отчеты организации об оказываемой услуге;
2) отзывы и заключения специалистов внешних организаций;
3) информация от специалистов, предоставляющих услугу;
4) отзывы клиентов, ранее получавших услугу от данной организации;
5) собственный анализ полученной информации.

При отсутствии необходимой услуги на территории реализации проекта необходимо изучить возможность создания данной услуги в структуре создаваемого социального бюро (СБ) или введении услуги на базе существующих медико-социальных учреждений и организаций.

При проведении оценки рынка услуг необходимо собрать наиболее полную и четкую информацию, что позволит создать базу данных услуг. База данных должна строиться по перечню услуг и включать в себя следующую информацию:

1) название организации;
2) адрес;
3) телефон;
4) контактная информация руководителя и специалистов;
5) график приема каждой организации-партнера;
6) требования, предъявляемые к клиенту (пол, возраст, место жительства, состояние здоровья, наличие документов, справок, результатов анализов и т. п.);
7) описание услуги (продолжительность, содержание и т. п.);
8) информация, как добраться до учреждения.

Для формирования преемственности оказания услуг необходимо провести ряд встреч с организациями-партнерами, на

которых выработать условия сотрудничества[21]. Это потребует предварительного выяснения нужд партнерских организаций в области оказания того или иного вида услуг. Важной составляющей сотрудничества также является возможность согласовывать действия между СБ и партнерской сетью, для чего необходимо заранее разработать порядок передачи клиента из одной службы в другую, установить сквозную документацию и утвердить формы отчетов. Эта технология должна быть отражена в договоре (соглашении) о сотрудничестве. Для улучшения взаимодействия между специалистами партнерских организаций необходимо предусмотреть проведение совместных мероприятий: семинаров, рабочих встреч. Это поможет создать мультидисциплинарную команду специалистов, которая позволит специалистам из партнерских организаций лучше понимать работу коллег и даст возможность каждому специалисту увидеть весь процесс сопровождения клиента и свою роль в этом процессе. Таким образом, специалист СБ при оценке ситуации клиента, определении приоритетных задач и мотивации к решению проблем выбирает из базы данных организации соответствующие услуги, информирует клиента о содержании услуг, правилах обращения, расписании работы специалистов и предоставляет координаты доверенного специалиста (или непосредственно сам договаривается о приеме).

Наличие у клиента таких проблем, как долги, заложенные документы и ценные вещи, нерешенные юридические проблемы, активное наркопотребление и т. п., может быть препятствием для получения медико-социальных услуг. Клиент или отказывается, или боится посещать те или иные службы В таких ситуациях специалисты СБ должны выяснить причины, по которым клиент не желает получать помощь, и проверить объективность и обоснованность его опасений. Затем целесообразно назначить совместную встречу с клиентом и представителем сервисной службы.

Оптимальным вариантом является согласованное со специалистами партнерской организации направление клиента в программу этой организации с предоставлением со стороны СБ документа, содержащего описание проблемы и рекомендации по ее решению (запроса). Практика показывает, что, если процесс согласования происходит в присутствии клиента, это создает для него дополнительную мотивацию: доверие к сотрудникам СБ «переносится» на сотрудников партнерской сети. Специалист СБ

[21] См. Пример соглашения между организациями-партнерами – Приложение 6.

должен проконтролировать обращение клиента в партнерскую организацию, включение его в программу организации и быть в курсе результатов предоставленной помощи. После завершения программы специалист партнерской организации должен направить в СБ свое заключение и рекомендации по дальнейшему сопровождению клиента.

На каждого клиента составляется план реабилитационных мероприятий, согласно которому осуществляется его переход из одного учреждения в другое. Задачей специалиста СБ является обеспечение перехода клиента в соответствии с индивидуальным планом сопровождения, чтобы между выпиской из одного учреждения и приемом в другое не возникало продолжительных «пауз», например, в связи с отсутствием мест или иных проблем.

Чтобы координационная деятельность была эффективной, социальный работник должен владеть четкой информацией о режиме работы партнерских организаций, спектре оказываемых ими услуг, об условиях приема в программы, требуемых документах, а также о местоположении, номерах телефонов и контактных лицах. Необходимо определить правила взаимодействия между СБ и организацией, предоставляющей услуги, и закрепить их затем в соглашении о совместной деятельности.

Ниже приведена **структура и схема взаимодействия службы социального сопровождения в Согдийской области,** в которой определены ключевые организации, исполнители, партнеры и координаторы деятельности. На начало 2006 года в области в рамках областной программы при поддержке *AFEW* функционируют три социальных бюро, координирующих предоставление услуг, а также Ресурсный центр по подготовке и обучению местных специалистов по социальному сопровождению профилактике ВИЧ/СПИДа и других ИППП. Правила взаимодействия между партнерами и социальными бюро регламентированы меморандумами о сотрудничестве, составленными с учетом мероприятий, предусмотренных Областной программой внедрения СС и в соответствии с положениями и уставами организаций, их ресурсами и возможностями. Данный подход является практическим примером построения партнерской сети областного масштаба на основе сотрудничества между государственными и неправительственными организациями, реализующими профилактические и медико-социальные программы среди уязвимых слоев населения.

Опыт построения партнерской сети проекта «Социальное сопровождение» в Кыргызстане

Подготовительный этап

Для успешной реализации проекта социального сопровождения необходима устойчивая сеть провайдеров медико-социальных услуг. Первым шагом формирования партнерской сети стало исследование оценки нужд и потребностей, проведенное в июле–августе 2005 года, когда наряду с целевыми группами проекта (секс-работниками, заключенными и потребителями инъекционных наркотиков) были опрошены провайдеры услуг. В результате мы получили базу данных по провайдерам медико-социальных услуг в Чуйской области.

В ноябре 2005 года мы направили запрос нашим ключевым партнерам: социальному бюро и Ресурсному центру – и попросили их подготовить перечень организаций, предоставляющих услуги целевым группам, с которыми они уже наладили связи, а также провести анализ услуг, запрашиваемых целевой группой, но никем не предоставляемых.

Сотрудники Ресурсного центра проанализировали информацию, в результате чего оказалось, что разные социальные бюро сотрудничают с одними и теми же партнерами. Так, например, стоматологическую бесплатную помощь оказывает НПО «Сальвео клиник», юридическую помощь – клиника «Адилет». В этой связи было принято решение заключить одно соглашение о сотрудничестве между всеми партнерами. Как выяснилось, не все запросы целевых групп могут быть выполнены. Большой проблемой остается предоставление таких услуг, как временное жилье, питание, организация реабилитационных центров для наркозависимых.

Партнерская встреча

По завершении подготовительной работы состоялась первая партнерская встреча. Были приглашены более 30 провайдеров медико-социальных услуг, представляющих как государственные учреждения, так и неправительственные организации. Менеджер проектов *AFEW* в Кыргызской Республике Наталья Шумская рассказала о целях и задачах проекта, о мероприятиях 2005 года, о планах на 2006 год, системе сбора информации от ключевых партнеров и необходимости единой системы мониторинга для всех участников партнерской сети.

В конце января мы разослали всем нашим ключевым партнерам формы мониторинга, а на партнерской встрече состоялось обсуждение проблем, обусловленных работой с ними. Недостаточно было заручиться согласием партнеров о приеме клиентов, направляемых социальными бюро, нужно было еще получить согласие партнеров работать в единой системе мониторинга проекта.

Всем было предложено заполнить анкету участника партнерской сети. Те организации, которые заполнили анкеты, впоследствии стали активными участниками сети.

Соглашение о сотрудничестве

На партнерской встрече обсуждался меморандум о сотрудничестве. Было принято решение назвать итоговый документ «Генеральным соглашением», а стороны, заключающие договор, «ключевыми партнерами». В число ключевых партнеров вошли пять социальных бюро и Ресурсный центр, с одной стороны, провайдеры услуг – с другой. *AFEW* взял на себя роль фасилитатора данного процесса. Участники партнерской сети одобрили текст соглашения о сотрудничестве. Было решено, что его подписание состоится после небольшой юридической корректировки.

Юрист правовой клиники «Адилет» Э. Ирискулбеков предложил на добровольных началах внести в документ необходимые изменения и затем представить версию на утверждение и подпись партнерам. Так как в партнерской встрече принимали участие заместители руководителей учреждений, а не первые лица, то для подписания «Соглашения» *AFEW* пришлось в течение мая – июля встретиться со всеми руководителями учреждений, провайдерами услуг, объяснить им цели и задачи проекта, провести процесс его мониторинга. В результате соглашение о сотрудничестве подписала 31 организация, предоставляющая медико-социальные услуги.

Поддерживающая среда

Благодаря поддержке председателя рабочей группы проекта социального сопровождения, директора Центра профилактики и борьбы со СПИДом г. Бишкек, состоялась презентация проекта «Социальное сопровождение» на заседании координационного комитета по ВИЧ г. Бишкек и на заседании Бишкекского территориального управления Фонда обязательного медицинско-

го страхования, в котором приняли участие все главные врачи лечебных учреждений г. Бишкек. Таким образом, у нас появилась реальная возможность обсудить проблемы, среди которых главной была ограниченность доступа к медицинским услугам по причине отсутствия документов у клиентов социальных бюро (особенно при госпитализации в стационарные и родовспомогательные учреждения). В итоге было принято решение о необходимости способствования развитию проекта и обязательном приеме клиентов, направляемых социальными бюро по специальным направлениям. Мы также получили политическую поддержку проекта на местах.

Справочник услуг

Для того чтобы собрать всю информацию о провайдерах медико-социальных услуг, Ресурсный центр подготовил и издал «Справочник услуг для социальных бюро и членов партнерской сети».

Рабочие встречи

Встречи партнеров сети проходят ежеквартально, а совещания сотрудников ключевых партнеров (социальных бюро) – ежемесячно. На этих встречах и совещаниях обсуждаются текущие проблемы и сложные случаи социального сопровождения, а также происходит обмен опытом.

Несколько слов в заключение

Уважаемые коллеги!

Надеемся, что материал Рекомендаций оказался убедительным и полезным для вас. В процессе работы над текстом мы ставили перед собой несколько задач. Во-первых, заинтересовать вас вопросами организации работы по социальному сопровождению. Во-вторых, убедить, что такие программы могут успешно функционировать в наших странах и приносить реальные положительные результаты. В-третьих, нам хотелось привлечь внимание к тому, что социальное сопровождение – это особый вид деятельности, требующий специальной подготовки. В-четвертых, мы хотели предоставить вам материал, при помощи которого вы можете приступить к планированию и организации программ по сопровождению в вашем городе или регионе.

Надеемся, нам удалось добиться желаемого результат, и наши Рекомендации будут приносить практическую пользу специалистам и, в конечном итоге, нашим клиентам – людям, нуждающимся в особой защите. Если так – работа не напрасна, и мы будем продолжать ее.

В скором времени (в дополнение к тексту Рекомендаций) мы планируем выпустить сборник организационных и сервисных стандартов по предоставлению услуг социального сопровождения различным целевым группам: осужденным, ВИЧ-положительным женщинам и их семьям, потребителям инъекционных наркотиков (в частности, потребителям опиатов), людям, живущим с ВИЧ, секс-работникам.

Каждый из перечисленных стандартов мы адаптируем к существующим в регионе условиям и снабдим подробными комментариями о том, как им пользоваться. На заключительном этапе работы над ресурсным пакетом по социальному сопровождению «СПИД Фонд Восток-Запад» предложит вам подборку материалов, при помощи которых вы сможете организовать подготовку специалистов по социальному сопровождению для ваших проектов.

Надеемся, что вновь сможем оказаться вам полезными.

С уважением,
Коллектив авторов

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Дата заполнения ___/_____ 200_ г.
Сотрудник _____

Анкета клиента социального бюро

1. Фамилия: _____

2. Имя: _____

3. Отчество: _____

4. Дата рождения (число, месяц, год): ____/_____ 19___ г.

5. Пол: ☐ М ☐ Ж

6. Адрес проживания: _____

7. Телефон (домашний): _____

8. Координаты родных или близких (телефон или адрес, имя):
_____

9. Образование (неоконченное среднее, среднее, среднее специальное, высшее, неоконченное высшее): _____

10. Служба в армии (служил, не служил, не призывался, освобожден, по какой причине): _____

11. Учеба (нет; академический отпуск; если учится, то где): _____
_____

12. Работа (есть/ нет в настоящее время): _____

13. Специальность (-ти): _____

14. Опыт работы (где, кем, как долго, причины увольнения): __
_____
_____
_____

15. Источник дохода (зарплата, случайные заработки, иждивенчество, пособие по безработице, пенсия по инвалидности, криминальный, стипендия, другие): _____
_____

16. Живет (с родителями, один, со своей семьей, у друга):
_____

17. Жилищные условия (отдельная квартира, комната в коммунальной квартире, общежитие, бездомный, съемное жилье):
_____

18. Сколько человек проживает на одной жилплощади, кто:
_____

19. Семейное положение (холост / не замужем, в разводе, в браке, вдов, в гражданском браке):_____

20. Сколько имеет детей, возраст:_____

21. Наркологический учет (состоит / не состоит, как давно):_____

22. Учет в ПНД (состоит / не состоит, как давно):_____

23. Долги (нет / есть; если имеются, в каком количестве):
_____

24. Примечания (по социальному статусу):_____

История наркомании

25. Наркотик (начиная с основного):_____
_____

26. Опыт употребления других психоактивных веществ:_____
_____

27. Способ употребления (инъекционный, пероральный, курение, вдыхание через нос или через рот): _____

28. Начало употребления наркотика (в каком возрасте):_____

29. Причина начала употребления: _____

30. Употребление (самостоятельно, в группе): _____

31. Как долго продолжался период эпизодического употребления – до «системы» (в месяцах): _____

32. Суточная традиционная доза (героин – в граммах, эфедрон – в граммах, алкоголь – в литрах, клей «Момент» – в тюбиках, анаша – в косяках; нестандартные случаи указать в примечании):
_____

33. Максимальная суточная доза:_____

34. Стаж систематического (ежедневного) употребления (в годах и месяцах без вычета времени ремиссий):_____

35. Когда в последний раз употреблял (-а) наркотик?

Лечение наркомании

36. Амбулаторно (сколько раз, где): _____

37. Стационарно (сколько раз, где): _____

38. Эффект от лечения: _____
_____
_____
_____

39. Самостоятельные попытки отказа от наркотиков (сколько раз, каким образом): _____

40. Причины отказа от наркотиков (перечислить): _____
_____

41. Какие методы лечения применялись? _____

42. Участие в сеансах психотерапии (индивидуальный, групповой, семейный): _____

43. Максимальный срок воздержания от всех наркотиков и алкоголя (в неделях): _____

44. С чем было связано воздержание: _____

45. Причины срывов: _____
_____

46. Решение участвовать в программе, как оно было принято (самостоятельно, по настоянию близких, друзей, врача, по направлению милиции, повлияла болезнь, какая-либо ситуация; другое):
_____
_____

Юридическая ситуация

47. Криминал «до» (наличие каких-либо правонарушений до начала употребления наркотиков): _____
_____
_____

48. Криминал «после» (наличие каких-либо правонарушений в период употребления наркотиков): _____
_____
_____

49. Судимости (нет/ есть, в каком году): _____

50. По каким статьям: _____

51. Приговоры: _____

52. Проблемы взаимоотношений с правоохранительными органами в настоящий момент: _____

Физическое здоровье. Болезни

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Причина обращения в социальное бюро

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Приложение № 2

Соглашение о предоставлении услуг социального бюро

Настоящее соглашение заключено между Социальным бюро и _____(Ф.И.О. клиента)_____ , именуемым в дальнейшем «Клиент» на предмет участия Клиента в программе медико-социальной реабилитации.

1. Предмет соглашения

Предметом соглашения является организация Социальным бюро индивидуальной программы медико-социального сопровождения клиента.

2. Обязательства Социального бюро

2.1. Организовать индивидуальную программу медико-психологической и социальной реабилитации Клиента.

2.2. Осуществлять социальное сопровождение Клиента на всех этапах реабилитации.

2.3. Содействовать Клиенту в получении помощи от организаций и служб, в услугах которых Клиент нуждается, если такое содействие превышает компетенцию СБ.

2.4. Обеспечить Клиенту возможность консультироваться с сотрудниками Центра по мере выполнения полученных рекомендаций.

2.5. Гарантировать неразглашение информации о Клиенте, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

3. Обязательства Клиента

3.1. Предоставлять сотруднику Социального бюро достоверную информацию относительно своей жизненной ситуации, истории заболевания и состояния здоровья.

3.2. Четко выполнять рекомендации сотрудников Социального бюро и сообщать о достигнутых результатах сотрудникам Социального бюро.

3.3. Сообщать сотрудникам Социального бюро о результатах обращения в организации и службы, оказывающие помощь в рамках социального партнерства.

3.4. Своевременно информировать сотрудников Социального бюро о вновь возникающих проблемах.

3.5. Соблюдать правила Социального бюро по оказанию услуг:

- явка на консультацию только в трезвом состоянии;
- консультации проводятся только по предварительной записи по телефону;
- в случаях невозможности явиться на назначенную консультацию Клиент обязан заблаговременно предупредить об этом сотрудников Социального бюро и сообщить о причинах неявки.

4. Права Социального бюро

Социальное бюро имеет право:

4.1. Отказать Клиенту в предоставлении услуг в случаях нарушения клиентом его обязанностей (предусмотренных п. 3 настоящего Соглашения) по отношению к Социальному бюро.

4.2. Отказать Клиенту в предоставлении дальнейшей помощи в случае, если он не выполняет рекомендаций сотрудников Бюро.

4.3. Предоставлять информацию о Клиенте третьим лицам только в случаях, предусмотренных законодательством.

4.4. Отказать Клиенту в предоставлении помощи, если его запросы являются противозаконными.

5. Права Клиента

Клиент имеет право:

5.1. Участвовать в мероприятиях, проводимых Социальным бюро для клиентов социального сопровождения.

5.2. Обращаться к Руководителю с замечаниями и предложениями по организации программы социального сопровождения.

5.3. Расторгнуть данное Соглашение в одностороннем порядке.

Ф.И.О.	Руководитель Социального бюро
Подпись	Подпись
Дата	Дата

Приложение № 3

Сервисный план социального сопровождения

Код клиента: _____
Дата первого контакта: _____
Дата заключения контракта: _____
Социальный консультант: _____

Основные нужды и потребности:

1. Психосоциальная поддержка, группы самопомощи.
2. Жилье, питание, одежда.
3. Трудоустройство.
4. Юридическая помощь.
5. Медицинское обследование.

№	Проблема	Сервис-провайдер	Дата (периодичность)	Мониторинг процесса	Корректировка
1	Психосоциальная поддержка, группы самопомощи		2 раза в неделю	Посещает регулярно.	
2	Жилье, питание, одежда		После освобождения (число, месяц, год)	Проблема решена.	
3	Трудоустройство		Услуга недоступна: нет навыков (дата)	Принят волонтером, направлен на курсы профес. подготовки.	Необходимо обучение и привитие социальных навыков.
4	Юридическая помощь		Услуги адвоката (число, месяц, год)	Проблема решена.	

№	Проблема	Сервис-провайдер	Дата (периодичность)	Мониторинг процесса	Корректировка
5	Медицинское обследование		(С такого-то по такое-то число, месяц, год)	Проблема решена частично.	Необходимы медикаменты для лечения простатита.
6	Трудоустройство		(месяц, год)	Принят аутрич-работником.	

Социальный консультант: *Ф.И.О.*

Приложение №4

Утверждено
Директор (официальное название организации)
Подпись /Ф.И.О.
Круглая печать организации

Положение о социальном бюро (официальное наименование бюро)

Социальное бюро (СБ) – специализированная социальная служба, которая занимается комплексным социальным сопровождением представителей целевых групп (клиентов) и оказывает им содействие в получении медицинской, социальной, психологической и юридической помощи. СБ функционирует на основе клиент-центрированного подхода и оказывает помощь в соответствии с запросами и потребностями представителей целевых групп в рамках проекта «Социальное сопровождение».

Цель СБ – защита прав и интересов целевых групп, содействие их адаптации и ресоциализации путем оказания помощи в решении медицинских, социальных, психологических и юридических вопросов.

Задачи Социального бюро:

1) консультирование по вопросам социального обслуживания клиентов;
2) оказание юридической помощи и поддержки;
3) оказание психологической помощи в кризисных ситуациях;
4) содействие в получении медицинской помощи;
5) предоставление консультаций по вопросам профориентации, получения образования и трудоустройства.

Основные направления деятельности Социального бюро

– Осуществление социального мониторинга на территории области.
– Выработка предложений по совершенствованию системы социальной защиты клиентов.
– Подготовка и распространение информационных материалов, обеспечивающих клиентам доступ к медицинским, психологическим и социальным службам.

– Социально-психологическая помощь клиентам в адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни.
– Консультирование клиента, в том числе по вопросам предоставления медицинских, социально-психологических и юридических услуг.
– Участие в привлечении государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений, а также общественных и религиозных организаций к решению вопросов оказания социальной помощи клиентам и координация их деятельности в этом направлении.
– Создание и поддержка партнерской сети.
– Создание и ведение банка данных о клиентах, обратившихся в СБ за помощью, осуществление обмена необходимой информацией с заинтересованными государственными и общественными организациями и учреждениями.

Социальное бюро предоставляет следующие виды услуг:

1) помощь в определении потребностей для решения проблем, связанных с практикой рискованного поведения;
2) содействие в получении медицинской помощи в процессе отказа клиента от практики рискованного поведения (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, ИППП, другие парентеральные инфекции и общесоматические заболевания);
3) содействие в получении реабилитационной помощи в оптимальном для клиента режиме;
4) оказание психологической поддержки и предоставление услуг консультирования на всех этапах;
5) содействие в трудоустройстве и профессиональном обучении, юридическая помощь, защита прав.

Помимо перечисленного выше СБ «берет на себя» услуги, которые не оказывает ни один из участников партнерской сети, и в этом смысле выступает как средство ликвидации экстренных дефицитов в системе социально-психологической помощи клиентам.

Работа Социального бюро

– Организация социального сопровождения клиента.
– Составление вместе с клиентом индивидуальной программы достижения поставленной цели (пути, сроки, последовательность действий).

– Предоставление клиенту возможности восстановить утраченные ранее навыки самоорганизации.

Функция контроля со стороны СБ призвана помочь человеку справиться с собственной организационной несостоятельностью. В этой связи СБ на начальных этапах берет на себя функции внешнего контроля за продвижением клиента к ресоциализации. Причем этот контроль строится на соблюдении принципов взаимоуважения, доверия и разделения ответственности.

Система работы служб Социального бюро

I. Консультационная социальная телефонная служба

– Проясняет запрос клиента, по возможности производит первичный сбор данных, информирует клиента об услугах, предоставляемых СБ, о правилах работы СБ, о соблюдении принципа конфиденциальности.
– Телефонный консультант СБ принимает решение о том, куда направить клиента, согласно его запросу.

II. Служба первичного приема

– Определяет, насколько адекватным является запрос, с которым клиент обратился в Социальное бюро.
– Определяет, насколько клиент информирован о том, какими средствами может быть решена его проблема.
– Определяет уровень мотивации клиента на участие в программе социального сопровождения.
– Информирует клиента о правилах оказания услуг, знакомит с типовым контрактом, заключаемым между всеми клиентами и программой СБ, разъясняет его содержание и предлагает его подписать.
– Вместе с клиентом определяет первоочередные шаги и выбирает наиболее подходящие для этого средства.

Заключение контракта

1. Между клиентом и СБ заключается контракт с указанием форм и объема оказываемой помощи, сроков и условий пребывания клиента в программе, прав и обязанностей сторон.
2. Реализация основной программы социальной поддержки в отношении клиента осуществляется с момента подпи-

сания контракта, который и обеспечивает построение отношений на основе соблюдения требований обеих сторон. Перед заключением контракта желательно дать возможность клиенту почувствовать атмосферу программы.

3. Перед заключением контракта важно четко объяснить клиенту не только его содержание, но смысл подписания этого документа.
4. Перед заключением контракта клиент должен быть ознакомлен с программой помощи, основными методами и направлениями работы. Заключение контракта означает, что клиент обязуется активно участвовать в программе и выполнять основные обязательства.
5. Контракт (договор) выполняет также терапевтическую функцию. Контракт – это инструмент, который регулирует отношения клиентов и персонала программы. Он дает возможность прогнозировать исход ситуации (последствия поведения) в случае нарушения договора, создает условия стабильности во взаимоотношениях с сотрудниками СБ. Контракт также является важным инструментом усиления мотивации к участию в процессе социального сопровождения, позволяет разделить ответственность за происходящее между клиентом и специалистами, ведущими программу.
6. Контракт является конфиденциальным документом. Для учета индивидуальных особенностей и пожеланий обеих сторон в него могут быть внесены изменения.
7. Важно понимать, что с формальной точки зрения контракт не накладывает на клиента никаких обязательств, однако может служить средством, при помощи которого сотрудники СБ могут избежать злоупотреблений или попыток манипуляции со стороны клиента.

III. Медико-психологическая служба

– Отвечает за этапы, связанные с лечением и реабилитацией клиента, а также за работу с его семьей.

Консультации в медико-психологической службе нацелены на:

1) поддержание мотивации к лечению и реабилитации;
2) формирование представления о сути лечебно-реабилитационного процесса в каждом конкретном случае;
3) информирование о различных способах получения требуемой помощи;

4) обеспечение функционирования поддерживающей среды в семье и значимом окружении;
5) обеспечение доступа к службам помощи;
6) проведение работы, направленной на то, чтобы состояние клиента соответствовало требованиям той или иной службы помощи;
7) обеспечение преемственности между медицинскими службами.

IV. Служба социальной помощи

Одним из ключевых моментов в организации процесса оказания комплексной социально-реабилитационной помощи является вопрос организации занятости. При организации работы по содействию в трудоустройстве можно выделить три основных направления:

1) Процесс адаптации и подготовки к трудоустройству, который включает:
– определение желания и реальных возможностей клиента, проведение анализа уровня развития социальных навыков;
– детальный анализ специфических особенностей социального статуса каждого конкретного клиента;
– помощь при составлении или заполнении документов;
– консультация о стратегии поведения при контакте с работодателем.
2) Процесс содействия в получении профессии или профессионального образования, который включает:
– обучение на профессиональных курсах;
– организацию процесса обучения на рабочем месте;
– получение специальности в процессе прохождения реабилитации на базе загородного реабилитационного центра.
3) Сопровождение клиента в процессе оказания помощи в трудоустройстве, который требует:
– не анонимности, а конфиденциальности;
– реализации схемы партнерства с клиентом;
– контроля за выполнением совместно разработанной реабилитационной программы;
– сопровождения клиента в процессе его передачи партнерским организациям и службам, в том числе службам занятости населения;
– осуществления мониторинга действий клиента.

V. Оказание юридической помощи

1. Представление интересов в суде.
2. Консультации по правовым вопросам.
3. Составление документов правового характера.
4. Участие в качестве представителя клиента в налоговых правоотношениях.
5. Участие в качестве представителя или защитника клиента в уголовном, гражданском или административном судопроизводстве.

Штатное расписание, функциональные обязанности и нагрузка для службы социального сопровождения

Менеджер проекта – координация работы, общее руководство и управление деятельностью и персоналом проекта, мониторинг и оценка текущей деятельности, подготовка отчета, заключение договоров, расширение партнерской сети, создание базы сервис-провайдеров.

Социальный консультант (2) – организация и руководство социального сопровождения клиентов программы, определение нужд клиентов, ведение базы данных, анализ и решение текущих нужд, социальное консультирование, составление планов сопровождения, ведение документации.

Социальный работник (4) – патронаж клиентов, поступивших в программу, консультирование по «социальному телефону».

Финансовый ассистент – административная поддержка проекта, ведение финансовой отчетности, внутренний аудит.

Основные принципы работы:

1. Убедиться, что доступны все виды услуг и что они соответствуют потребностям клиента.
2. Облегчить доступ и расширить спектр необходимых услуг.
3. Обеспечить непрерывность ухода на всех этапах и с привлечением различных организаций.
4. Оказывать поддержку самостоятельной деятельности клиента и членов его семьи.
5. Увеличить осведомленность клиента о воздействии вируса ВИЧ на его здоровье и о необходимости ведения здорового образа жизни.
6. Провести необходимую оценку и составить план оказания всесторонней помощи, касающейся основных сфер жизни (психосоциальной, медицинской, финансовой и т.д.).

7. Сокращение вероятности дублирования услуг и отслеживание качества их выполнения.

Социальное сопровождение должно отражать подход к предоставлению услуг, при котором соблюдаются права клиента на:

– соответствующий уровень жизни;
– частную жизнь;
– конфиденциальность;
– самоопределение;
– внимательное и непредвзятое отношение;
– уважительное отношение и не оскорбление чувства собственного достоинства;
– высокое качество предоставления услуг социального сопровождения;
– обретение самостоятельности и опоры на собственные силы.

Показатели работы

– Рабочий день – 8 часов.
– Рабочая нагрузка социального работника – 8 клиентов в день (5 человек – офис, 3 человека – филиал).
– В индивидуальном режиме ведение клиентов, принятых в программу, – 15 клиентов одновременно.
– Возможности оказания помощи – 150 человек в год.

Критерии и процесс оценки

– Справочник существующих услуг.
– Бланк направления клиента.
– Карта сопровождения клиента.
– Общий регистр направлений.

Эти документы будут отображать количественные и качественные показатели работы Социального бюро.

Вся информация по социальному сопровождению будет заноситься в базу данных. Отчет в Центр по базе данных – ежемесячный.

Приложение № 5

Функциональные обязанности руководителя Социального бюро (на примере СБ «Ковчег»)

Руководитель организации:	Ф.И.О.
Ответственный:	Ф.И.О.
Образование:	…
Стаж работы:	…

1. Общие положения

1.1. Руководитель СБ – специалист с высшим образованием, имеющий навыки руководящей работы и получивший дополнительную подготовку в рамках программы социального сопровождения.

1.2. В своей работе руководствуется нормативными документами Республики Казахстан по вопросам охраны здоровья населения и настоящим Положением.

1.3. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством и условиями контракта.

2. Обязанности

Руководитель Социального бюро отвечает за взаимодействие всех основных партнеров, участвующих в программе социального сопровождения, и общее руководство проектом.

2.1. Создание партнерской сети. Проведение переговоров, встреч, подписание партнерских договоров с потенциальными партнерами.

2.2. Ведение справочника социальных услуг.

2.3. Составление базы данных партнерской сети.

2.4. Проведение работы по обучению сотрудников и партнеров проекта, в рамках программы социального сопровождения.

Совместно с социальным работником оценивает эффективность проводимых профилактических мероприятий.

2.5. Ведение бухгалтерии проекта.

2.6. Составление отчетной документации по проекту.

2.7. Оформление документации установленного образца в соответствии в требованиями проекта социального сопровождения.

2.8. Постоянное повышение своей квалификации на семинарах, тренингах в рамках проекта.

2.9. Внедрение в практику современных методов социального сопровождения.

3. Права руководителя СБ

3.1. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников.

3.2. Вступает в различные общественные и профессиональные организации.

3.3. Проводит в установленном порядке экспертизу качества оказания медико-психологической помощи клиенту другими организациями.

4. Ответственность руководителя СБ

Несет административную и юридическую ответственность за последствия своих заключений, действий и высказываний в отношении клиентов и их родственников в соответствии с действующим законодательством.

Подпись руководителя:

Подпись ответственного:

Дата

Функциональные обязанности специалиста по социальной работе (на примере СБ «Ковчег»)

Руководитель организации:	Ф.И.О.
Ответственный:	Ф.И.О.
Образование:	…
Стаж работы:	…

1. Общие положения

1.1. Специалист по социальной работе – социальный работник с высшим педагогическим, юридическим или образованием «социальная работа», владеющий методами индивидуальной и групповой работы с клиентами по их социальной адаптации, тренингу коммуникативных навыков, методами социально-правовой защиты клиентов, методами взаимодействия с организациями, оказывающими социальную помощь, осуществляющий организационно-методическую помощь социальным работникам.

1.2. В своей работе руководствуется нормативными документами Республики Казахстан по вопросам охраны здоровья населения и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю Социального бюро.

1.4. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством и условиями контракта.

2. Должностные обязанности специалиста по социальной работе

2.1. Организация индивидуальной и групповой работы с клиентами СБ, направленной на улучшение их социальной адаптации; консультирование по коммуникативным навыкам, проведение мероприятий по социально-правовой защите клиента, взаимодействие СБ с организациями, оказывающими социальную помощь.

2.2. Разработка совместно с клиентом индивидуальных планов социальной реабилитации.

2.3. Создание терапевтической среды, группы по интересам, осуществляет клубную работу.

2.4. Повышение уровня социальной адаптации клиентов, формирование у них ответственности за свое социальное поведение, разработка и организация мероприятий по их социальной защите и поддержке, трудовому и бытовому устройству.

2.5. Определение формы работы социальных работников по улучшению социального функционирования клиентов СБ в неформальных группах, производственных коллективах и др.

2.7. Организация учебы и осуществляние консультативной и организационно-методической помощи социальным работникам СБ.

2.8. Оформление документации установленного образца в соответствии с требованиями проекта социального сопровождения.

2.9. Повышение своей квалификации по специальности на семинарах, тренингах и курсах усовершенствования не реже одного раза в 2 года.

2.10. Внедрение в практику современных методов социальной работы.

3. Права специалиста по социальной работе

3.1. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников.

3.2. Вступает в различные общественные и профессиональные организации.

3.3. Проводит в установленном порядке экспертизу качества социальной работы, проводимой специалистами.

4. Ответственность специалиста по социальной работе

4.1 Несет административную и юридическую ответственность за последствия своих действий и высказываний в отношении клиентов и их родственников в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Должен знать Декларацию прав и свобод человека, Основы законодательства Республики Казахстан об охране здоровья граждан, Закон Республики Казахстан «О предупреждении распространения в Республике Казахстан заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», Закон о труде Республики Казахстан, законодательные и нормативные акты по вопросам профессионального обучения и переобучения, социальной защиты лиц, инфицированных ВИЧ, педагогику, социальную психологию, этику, вопросы охраны труда и техники безопасности.

Подпись руководителя:

Подпись ответственного:

Дата

Приложение № 6

Соглашение о сотрудничестве

Горно-Бадахшанская автономная область, РТ
«____» _____ 200.. г.

Хукумат Горно-Бадахшанской автономной области в лице заведующего отделом по социальным вопросам (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

Управление здравоохранения ГБАО в лице главного специалиста, члена ТРГ (Ф.И.О.), действующей на основании Положения,

Ресурсный центр при Горно-Бадахшанском областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом в лице директора, члена ТРГ (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

Ассоциация «Волонтер» в лице директора, члена ТРГ (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

Социальное бюро при……,

именуемые в дальнейшем «Партнерские организации», с одной стороны, и

Управление Агентства по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в лице инспектора КЗОН и Управления по профилактике наркомании по ГБАО, члена ТРГ (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

Управление внутренних дел ГБАО в лице начальника ОБНОН, члена ТРГ (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

Управление по делам молодежи ГБАО в лице председателя (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

«Красный полумесяц» ОКПП в лице Председателя (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

ОО «Мадина» в лице директора (Ф.И.О.), действующей на основании Положения,

ОО «Калам» в лице координатора проекта (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

PSI, в лице координатора (Ф.И.О.), действующего на основании Положения,

Глобальный фонд по борьбе с туберкулезом и малярией в лице менеджера ПОШ, члена ТРГ (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

AKHS в лице сотрудника по коммуникациям (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

ОО «Бадахшонхоричакор» в лице директора, члена ТРГ (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

Клуб таэквондо «Памир» в лице координатора (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

ОО «Хирад», в лице руководителя (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

ОО «Мехнат», в лице директора (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

ОО «Нур», в лице директора (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

ОО «Ориен», в лице директора (Ф.И.О.), действующего на основании Устава,

именуемые в дальнейшем «Поставщики услуг», с другой стороны,

именуемые в дальнейшем «Стороны»,

признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, приобрело массовое распространение во всем мире и создает угрозу национальной безопасности государства, приводит к тяжелым социально-экономическим и демографическим последствиям, подтверждая необходимость применения своевременных, эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции и принятия согласованных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа,

заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Предмет Соглашения

1.1. Ресурсный центр, Партнерские организации и Поставщики услуг обязуются объединить усилия и действовать совместно для развития комплексной системы профилактики ВИЧ среди уязвимых групп населения согласно проекту «Памир против СПИДа».

1.2. Стороны обязуются внести вклад в общее дело в виде профессиональных знаний, умений, навыков, деловых связей, деловой репутации, выполнения определенных работ или оказания услуг по профилю каждой организации, для достижения поставленной цели.

1.3. Партнерские организации обязуются создать специализированную социальную службу для комплексного социального сопровождения представителей целевых групп и оказывать им содействие в получении медицинской, социально-психологической и юридической помощи, в соответствии с Положениями «О Ресурсном центре» и «О Социальном бюро», являющимися неотъемлемыми частями настоящего соглашения.

1.4. Поставщики услуг обязуются оказывать представителям целевых групп услуги по своему профилю.

1.5. Деятельность Сторон не направлена на извлечение прибыли.

2. Координация по ведению общих дел

2.1. Ресурсный центр координируют проектную деятельность, проводит мониторинг и оценку полученных результатов, разрабатывает материалы и программы обучения различных целевых групп, разрабатывает и внедряет обучающие модули в практическую деятельность Партнерских организаций; накапливает, обобщает и описывает опыт, полученный в результате деятельности проекта, и областную модель комплексного взаимодействия медицинских и социальных организаций по противодействию распространению ВИЧ среди уязвимых групп населения.

2.2. Партнерские организации и Поставщики услуг оказывают активное содействие в проведении мониторинга и оценки осуществленной деятельности.

3. Общее имущество участников Соглашения

Интеллектуальная деятельность Сторон, а также результаты, полученные от такой деятельности, признаются их общей долевой собственностью.

4. Выход из Соглашения

Сторона, желающая прекратить настоящее Соглашение, должна в письменной форме представить заявление о выходе из соглашения остальным участникам не позднее чем за три месяца до предполагаемого выхода.

5. Срок действия Соглашения

5.1. Настоящее Соглашение о сотрудничестве вступает в силу с момента подписания его Сторонами и носит бессрочный характер.

5.2. Основания и порядок прекращения настоящего Соглашения о сотрудничестве определяется действующим законодательством.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Соглашению о сотрудничестве должны быть сделаны в письменной форме и подписаны Сторонами.

6. Разрешение споров

6.1. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами, по возможности, разрешаются путем переговоров.

6.2. При реализации настоящего Соглашения о сотрудничестве и разрешении споров применяется законодательство Республики Таджикистан.

7. Заключительные положения

7.1. В рамках настоящего Соглашения о сотрудничестве Стороны могут заключать дополнительные Соглашения.

7.2. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

7.3. Соглашение составлено в _____ экземплярах — по одному для каждой Стороны.

8. Адреса и реквизиты Сторон

Приложение № 7

Социальные бюро–партнеры проекта «Социальное сопровождение»

Социальное бюро/РЦ	Целевая группа	Страна/ город	Руководитель	Контактные данные
«Инициатива»	ТБ/ВИЧ, ПИН	Казахстан, г. Алматы	—	—
«Доверие»	ЛЖВС	Казахстан, г. Алматы	Комарова Наталья	ул. Басенова, д. 2, корп. 4, каб. 8 тел.: +7 (727) 2498306, сот.: +77051120934 sociolog0606@rambler.ru, cama06@mail.ru
ОФ «Факел»	ЗК	Казахстан, г. Алматы	Анкушева Светлана	ул. Желтоксан, д.159, кв. 22 тел. +7(727) 2638559, сот.: +77773706033
ОФ «Ангел Оберег»	Освободившиеся из МЛС ПИН	Казахстан, г. Алматы	Паленый Александр	с. Панфилова, ул. Лермонтова, д. 2, кв. 33 тел.: +7(727) 2748169
Ресурсный центр		Казахстан, г. Алматы	Плотникова Мария	ул. Басенова, д. 2, корп. 4 тел.: +7 (727) 2493818 /2933737 rescentrspid@mail.ru
«Ковчег» (ОФ Талдыкурганский фонд содействия занятости)	Освободившиеся из МЛС, СР	Казахстан, г. Талдыкурган	Садуакасова Светлана	ул. Шевченко, д. 127, 34 тел.: +7(7282) 242772 fsz@mail.ru

Социальное бюро/РЦ	**Целевая группа**	**Страна/ город**	**Руководитель**	**Контактные данные**
НПО «Аян Дельта»	ПИН СР	Кыргызстан, г. Токмок	Чудайкин Владимир	ул. Гагарина, д. 140 тел.: (996 3138) 20595 факс: (996 3138) 61821 delta57@mail.ru
«Социум» (ОО по социальному развитию и адаптации человека)	ПИН	Кыргызстан, г. Бишкек	Рыбина Наталья Эстебесова Батма	ул. Суеркулова, д. 1 тел.: (996312) 510478 факс: (996312) 510131 sosium@elcat.kg
Центр социальной защиты и поддержки для секс-работников (ОО «Таис Плюс»)	СР	Кыргызстан, г. Бишкек	Исламова Шахназ	ул. Панфилова, д. 36 тел.: (996312) 544613/ 699092 shislamova@yandex.ru
«Феникс» (ОО «Центр терапии «Ранар»»)	ПИН, освободившиеся из МЛС	Кыргызстан, г. Бишкек	Токомбаев Шербото	пер. Геологический, 14, 34 тел.: (996312) 935707 sherboto@gmail.com
«Интер Демилге» ГУИН, колония № 47	ЗК	Кыргызстан, г. Бишкек	Токтосунов Тургунбек	ул. Ибраимова, д. 106 тел.: (996312) 281518 toktosunov.t@mail.ru
Ресурсный центр		Кыргызстан, г. Бишкек	Иртуганова Галина	ул. Токтогула, д. 62 тел.: (996312) 280534 spidcenter@mail.ru
Информационно-аналитический центр УИС МЮ		Кыргызстан, г. Бишкек	Бейшеналиев Талай	ул. М.Ганди, д. 32, 1-й этаж тел.: (996312) 659888/ 659889 iac@netmail.kg
СБ при СОЦ СПИД	Секс-работники, ЛЖВС, ЗК/ЛЖВС	Таджикистан, г. Худжанд	Арипов Хабибулло	Северо-Восточная промзона, здание Областной санэпидстанции, СОЦ СПИД тел.: (9923422) 52515 aids-sogd@mail.ru

Социальное бюро/РЦ	**Целевая группа**	**Страна/ город**	**Руководитель**	**Контактные данные**
РЦ при СОЦ СПИД		Таджикистан, г. Худжанд	Аббасова Дилором	Северо-Восточная промзона, здание Областной санэпидстанции, СОЦ СПИД тел.: (9923422) 52515 dilchik6363@mail.ru
«Дина» (ОО «Дина»)	ПИН, СР/ПИН, освободившиеся из МЛС.	Таджикистан, г. Худжанд	Тулянова Ольга	32-й микрорайон, д. 59, офис 29 тел.: (9923422) 51214 dina-dd@mail.ru
«Бузург» (ОО «Бузург»)	ПИН, СР/ПИН, освободившиеся из МЛС	Таджикистан, г. Пенджикент	Авезов Негматулло	пр. Рудаки, д. 85. тел.: (9923475) 56072, (992)927786469 buzurg77@mail.ru
Ресурсный центр (Навоийский ОСПИД Центр)		Узбекистан, г. Навои	Тошева Нодира	ул. Мирзо Улугбека, д. 21 тел.: (998436) 2245311 oits@uzpak.uz
«Ишонч» (Навоийский областной КВД)	СР	Узбекистан, г. Навои, г. Кармана	Шодиев Юсуф	ул. Амира Темура, д. 42, корп. 4 тел.: (998436) 2239780 guly@mail.ru г. Кармана, ул. Садридина Айний, д. 10, тел.: (998436) 5324383
Навоийский центр социальной адаптации областного хокимията	Освободившиеся из МЛС	Узбекистан, г. Навои	Шукуров Шавкат	ул. Ахунбабаева, д. 7, ком. 15 тел.: (998436) 2233682 shukurov66@mail.ru

Приложение № 8

Функциональные обязанности социального работника пункта доверия «...» (указать полное официальное наименование организации)

Фамилия и имя: _____
Должность:_____
Проект:_____
Место работы/район: _____
Дни работы: _____
Часы работы: _____
Рабочий день: количество часов

Выполняемые функции

– Обеспечение чистоты и санитарной обработки помещений (не меньше одного раза в день).
– Выдача медикаментов по рецепту врача.
– Терпение, недопущение оскорбительных или унижающих человеческое достоинство выражений или интонаций в отношении клиентов.
– Обеспечение клиентов расходным материалом (шприцы, иглы, вата, презервативы, вода, йод, дезинфицирующие средства), а также раздача информационных материалов (буклеты, брошюры, листовки, бюллетени).
– Регистрация клиентов (оценка состояния здоровья, составление плана работы с клиентом).
– Обучение клиентов методам менее опасных инъекций, техникам защищенного секса, способам обработки и утилизации использованных шприцев/игл.
– Предоставление информации об организациях и учреждениях, оказывающих специальные услуги для клиентов.
– Мотивационная работа, направленная на изменение поведения клиентов.
– Проведение разъяснительной и образовательной работы по необходимости использования стерильного и одноразового инструментария при употреблении наркотиков.
– Сбор обновленной информации для справочника (один раз в полгода).

– Проведение образовательно-разъяснительной работы среди целевых групп по профилактике передозировки, раздача необходимого информационного материала и медикаментов (кордиамин).
– Сопровождение клиентов в медико-социальные учреждения и оказание им помощи в получении качественных услуг.
– Ежедневный отчет о проделанной работе и введение информации в базу данных.
– Оформление заявок на удовлетворение нужд и потребностей клиентов в области медицинских и информационных материалов.
– Контроль за качеством приобретаемого инструментария.
– Регистрация посещений клиентов, количества выданного расходного материала, звонков на телефон доверия, посещений с целью консультации, количества распространенного среди клиентов информационного материала и выписанных направлений.
– Своевременное направление клиентов на забор крови и ее сдачу в медицинские учреждения по назначению (перечислить: например, СПИД-центр, ОКВД).
– Обработка помещений дезинфицирующими средствами.
– Установление контакта с потребителями наркотиков.
– Налаживание устойчивых связей с целевой группой, привлечение добровольцев из числа ПИН для работы по обмену игл, шприцев и распространению расходного раздаточного материала.
– Знание и учет потребностей/ нужд клиентов.
– Работа в пункте, на улице.
– Выдача презервативов и раздаточного материала.
– Оказание психологической поддержки и помощи клиентам.
– Сбор статистической информации о целевой группе.
– Ведение отчетной документации.
– Повышение собственных знаний о проблеме зависимости от наркотиков и путях передачи ВИЧ-инфекции. Ежемесячная сдача зачетов по уровню знаний в области ВИЧ-инфекции.
– Оказание консультационной помощи клиентам в вопросах, связанных с лечением наркомании, способах защиты от заражения ВИЧ и ИППП.
– Своевременное выполнение всех поручений руководителя организации и вышестоящего лица.

Материалы и инструменты, необходимые и предоставляемые для выполнения обязанностей и улучшения качества работы социального работника

1) медикаменты;
2) шприцы, иглы и расходный раздаточный материал: вата, бинт, йод, лейкопластырь, презервативы, брошюры, буклеты;
3) дезинфицирующие средства;
4) аутрич-сумка;
5) доступ к базе данных учета клиентов;
6) график работы аутрич-работников;
7) записная книжка для рабочих записей;
8) компенсация расходов на поездки в места дислокации клиентов;
9) бланки анкет для проведения исследований;
10) журналы регистрации.

Форма отчета

Ежемесячный отчет о проделанной работе (в электронной версии) должен содержать следующие сведения:

1) количество обслуживаемых клиентов;
2) количество посещений клиентов;
3) количество новых клиентов;
4) количество опрошенных клиентов (анкетирование);
5) количество розданных шприцев;
6) количество возвращенных шприцев;
7) количество розданных презервативов;
8) количество звонков на телефон доверия;
9) количество посещений организаций;
10) качество раздаточного и расходного материала (иглы, шприцы, медицинские материалы);
11) потребности клиентов;
12) количество клиентов, получивших консультации.

Оплата труда

Заработная плата выплачивается в размерах, оговоренных в трудовом контракте, на основании предоставленного отчета о проделанной работе и соблюдения трудовой дисциплины.

Дата: _____ Подпись:_____

Приложение №9

Снижение вреда: вопросы и ответы

Что такое снижение вреда?

Снижение вреда – это деятельность, направленная на уменьшение вреда от употребления наркотиков, а не на искоренение самого употребления наркотиков. Цель работы по снижению вреда – профилактика распространения инфекций (включая ВИЧ, гепатит и другие заболевания, передающиеся с кровью, снижение риска передозировки и прочих, связанных с употреблением наркотиков несчастных случаев с потенциально смертельным исходом, смягчение негативных последствий употребления наркотиков, включая нищету и преступность, как для отдельных лиц, так и для местных сообществ в целом.

Снижение вреда рассматривает употребление наркотиков с реалистичной и прагматической позиции охраны здоровья населения, концентрируя внимание на практически осуществимых задачах. Более того, предотвращая распространение переносимых с кровью инфекций среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), работа по снижению вреда способствует профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди населения в целом.

Основные стратегии снижения вреда :

– Программы обмена шприцев и игл: предоставление чистых игл и шприцев в обмен на использованные инъекционные инструменты.
– Заместительная терапия (опиоидная терапия): использование синтетического препарата (обычно метадона или бупренорфина) для лечения пациентов с зависимостью от «уличных опиоидов» (нелегальных наркотиков) – например, героина и морфина. Заместительная терапия удерживает пациентов от абстинентного синдрома («ломки»), помогает преодолеть тягу к нелегальным опиоидам и блокирует их воздействие. Метадон действует как морфин или героин, но имеет более продолжительный эффект. Он не вызывает эйфорию (состояние опьянения от наркотиков) и принимается перорально, а не в виде инъекций.

– Консультирование и информационное просвещение: индивидуальное консультирование или предоставление информационных печатных материалов может помочь потребителям наркотиков контролировать свое поведение и научиться снижать риск инфицирования при потреблении наркотиков. Печатные материалы не содействуют распространению наркотиков, а, наоборот, обучают более безопасным приемам введения наркотиков, включая стерилизацию, и приводят инструкции по применению презервативов.
– Направление к врачам для получения медицинской помощи: потребители наркотиков часто не обращаются за медицинской помощью либо в силу своей маргинализированности, либо от страха перед правоохранительными органами. Программы снижения вреда настоятельно советуют потребителям наркотиков обращаться за адекватной помощью и убеждают медицинский персонал оказывать потребителям наркотиков необходимую помощь без проявления дискриминации или осуждения.
– Комнаты более безопасного инъекционного употребления наркотиков: стерильные и контролируемые помещения, где потребители наркотиков могут сделать себе инъекцию, чтобы не заниматься этим на улице или в одиночку (что увеличивает риск передозировки). Данные комнаты также предоставляют возможность обучить потребителей наркотиков более безопасным приемам инъекций и, таким образом, предотвратить риск развития абсцессов.
– Снижение или отмена уголовного наказания за нарушения, связанные с наркотиками: смягчение суровости наказания за хранение наркотиков с целью личного потребления.

Зачем нужно стремиться к снижению вреда?

Употребление наркотиков – широко распространенное явление. По оценке Агентства ООН по контролю за наркотиками и профилактике правонарушений, ежегодно употребляют нелегальные («уличные») наркотики около 185 миллионов человек.

Инъекционное употребление наркотиков – один из основных способов распространения ВИЧ-инфекции в Центральной и Восточной Европе и на территории бывшего Советского Союза.

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), не существует успешных программ профилактики употребления нелегальных наркотиков. Общей целью является организация высококачественного и доступного лечения для потребителей наркотиков, однако зачастую достичь ее сложно, так как это требует больших затрат, а коэффициент полезного действия, как правило, весьма низок. Таким образом, для тех, кто не хочет или не может прекратить употребление наркотиков или испытывает рецидив, программы снижения вреда могут оказать эффективное воздействие в предотвращении риска инфицирования ВИЧ и других вредных последствий, связанных с употреблением наркотиков. Программы снижения вреда зачастую служат первым или единственным связующим звеном между потребителями наркотиков, системой здравоохранения и системой социальных услуг, открывая двери к более широкому спектру необходимых медицинских услуг.

Дает ли работа по снижению вреда результат?

ДА. Имеются веские доказательства того, что программы снижения вреда помогают предотвратить распространение ВИЧ-инфекции и отсрочить или избежать связанные со СПИДом оппортунистические заболевания.

Такие доказательства приводятся в научных системных исследованиях, проведенных во многих странах и среди разных групп населения. Врачи, социологи, специалисты по контролю за употреблением наркотиков и представители правительственных организаций, изучавшие программы снижения вреда, были последовательны в высокой оценке эффективности данных программ.

Программы снижения вреда дают положительные результаты в таких отличающихся друг от друга странах, как США, Гонконг, Австралия и Таиланд, вне зависимости от культурных и экономических различий между ними .

Программы снижения вреда (включая программы обмена игл и шприцев, заместительной терапии, комнаты для более безопасных инъекций) помогают социальным работникам найти общий язык с потребителями наркотиков и помогают самим потребителям:

– прекратить инъекционное употребление наркотиков;
– прекратить пользование общими инъекционными инструментами;

– начать и продолжать посещать занятия в реабилитационных программах;
– получить информацию о безопасном сексе и использовать данные рекомендации в своей жизни;
– снизить риск передозировки при употреблении наркотиков.

Во многих регионах программы снижения вреда также ассоциируются с уменьшением уровня преступности и снижением потребления наркотиков в общественных местах.

Криминологические исследования за последние тридцать с лишним лет подтверждают, что смягчение законодательства в отношении потребления наркотиков не способствует росту потребления наркотиков, а применение суровых мер наказания не предотвращает распространение нелегальных наркотиков.

Законна ли работа по снижению вреда?

Программы обмена шприцев функционируют на законном основании почти во всех странах Центральной и Восточной Европы и на территории бывшего Советского Союза. Программы заместительной терапии проводятся на законном основании в таких странах, как Босния, Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Кыргызстан, Латвия, Македония, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения и Украина. Недавно Россия существенно снизила меры уголовного наказания за хранение наркотиков для личного потребления.

Каких затрат требуют программы снижения вреда?

Программы снижения вреда рентабельны и оправдывают затраты на свое проведение с гуманитарной и экономической точки зрения.

Программы снижения вреда сохраняют людям жизнь и улучшают качество их жизни. Именно качество жизни отдельного человека и местного сообщества в целом является приоритетной задачей успешных социальных программ. Снижение вреда также включает предоставление услуг и ресурсов наркопотребителям на непринудительной и непредвзятой основе и подразумевает, что люди, употребляющие наркотики, имеют право голоса при формировании наркополитики и государственных программ, призванных отвечать нуждам потребителей наркотиков. Подход снижения вреда также предполагает, что потребители наркоти-

ков являются основной движущей силой в снижении вредного воздействия от употребления наркотиков; поэтому необходимо дать возможность и помочь потребителям наркотиков обмениваться информацией и поддерживать друг друга в выработке стратегий, которые отвечают реальным условиям потребления наркотиков.

С экономической точки зрения программы снижения вреда обходятся дешевле, чем оказание медицинской помощи, лечение от наркозависимости и расходы на юридические услуги, необходимые при отсутствии таких программ. Также доказано, что программы снижения вреда уменьшают преступность и, тем самым, обеспечивают более безопасные условия жизни в местных сообществах, снижая затраты на судопроизводство и содержание тюрем.

Таким образом, задачи снижения вреда подкреплены гуманитарными и экономическими аргументами. Международные исследования экономистов и экспертов доказывают, что, инвестируя в проведение программ снижения вреда, местные сообщества и правительства, в конечном итоге, экономят деньги.

Программы снижения вреда:

– не увеличивают потребление наркотиков;
– не влияют отрицательно на лечение наркозависимости;
– не увеличивают расценки на инъекционный инструментарий (иглы, шприцы), которые продаются нелегально на улице.

В регионах, где за хранение наркотиков предусмотрены менее суровые меры уголовного наказания, нет более высокого уровня потребления наркотиков. Наоборот, потребители наркотиков не боятся обращаться за помощью, находят работу и остаются интегрированными в общество. Можно сказать, что программы снижения вреда дают дополнительное преимущество не только в плане профилактики болезней, но и улучшения качества жизни.

Пользуется ли снижение вреда международной поддержкой?

Да. Международные организации, которые специализируются в области здравоохранения и контроля за потреблением наркотиков, поощряют стратегию снижения вреда.

Агентство ООН по контролю за наркотиками рекомендует оказание потребителям наркотиков такой помощи, которая вклю-

чает в себя «услуги, предоставляемые непосредственно на улице (аутрич), информацию о ВИЧ/СПИДе, доступ к чистым иглам и шприцам, презервативам, лечение наркозависимости (включая заместительную терапию и, по мере надобности, реабилитацию), добровольное тестирование на ВИЧ, консультативную помощь и психологическую поддержку».

В Декларации Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу говорится, что эффективная профилактика, уход и лечение требуют обеспечения равного для всех доступа к «вакцинам, презервативам, бактерицидным средствам, лубрикантам, стерильному инъекционному оборудованию, лекарственным препаратам, включая антиретровирусную терапию, методам диагностики и связанным с ними технологиям, а также увеличения количества научных исследований и разработок» (параграф 23).

Приложение № 10

Техники мотивационного интервьюирования

Избегать убеждения и аргументации

Очень важный принцип мотивационного интервьюирования (МИ) – избегать прямого убеждения и попыток что-то доказать в работе с клиентом. Не рекомендуется выдвигать доводы, которые противоречат мнению клиента, даже если он вообще отрицает или недооценивает свои проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Очень часто консультант использует прямое убеждение для того, чтобы показать клиенту и доказать самому себе силу своих аргументов, свое превосходство, знание вопроса, или каким-нибудь иным способом доказать свою правоту. Прямое противостояние и убеждение клиента в чем-либо чаще всего приводят к сопротивлению и защите с его стороны. Задача специалиста – не пробиваться через стену отрицания проблемы клиентом, а обойти ее. МИ – это техника, позволяющая сформировать у клиента убежденность в необходимости изменений, не прибегая к прямому убеждению. Разговор должен проходить в мягкой, ненавязчивой манере и основываться на том, что решение об изменении образа жизни всегда остается за клиентом.

Работать с сопротивлением

Когда изменения в поведении клиента приобретают достаточно выраженную форму, изменение поведения становится затруднительным, а иногда даже травматичным. Подсознательно личность стремится к избежанию когнитивного диссонанса и разрешению конфликта (амбивалентности, противоречий) с помощью различных психологических защитных построений, которые позволяют сохранить прежние формы поведения. Личность человека имеет специфические механизмы защиты. Они включаются при возникновении внутреннего конфликта (несоответствие между «я» и ролевым поведением при получении информации, не соответствующей представлению о себе, при нарушении групповых норм и правил). Возникновение внутреннего конфликта сопровождается сильным эмоциональным напряжением. Важно понимать, что сопротивление клиента направлено против изменений в восприятии себя и своей жизни, и «пита-

ется» оно его собственной тревогой. Прекращая сопротивление, человеку приходится смириться с нелицеприятными вещами и пережить ощущения, которых он всегда пытался избегать или просто вытеснял из сознания. Мотивы сопротивления могут быть самыми различными: отсутствие убежденности в необходимости изменений, недовольство переменами, насаждаемыми извне, желание избежать неожиданностей, страх перед неизвестностью и возможной неудачей, нарушение установленного порядка, привычек, взаимоотношений, отсутствие уважения и доверия к консультанту. Проявления сопротивления многообразны, к наиболее часто встречающимся относятся:

– спор;
– частое прерывание беседы;
– игнорирование или невнимательность к процессу общения;
– отсутствие ответов на вопросы;
– абсолютный монолог;
– злость или раздражение, направленные на консультанта;
– обвинения и «перекладывание ответственности на других»;
– отрицание фактов или новых возможностей;
– пессимизм, неверие в возможность изменений;
– нежелание что-либо делать;
– несерьезное отношение к общению: поверхностная шутливость, переход на другую тему, перескакивание с темы на тему;
– ответы типа «да, но…».

Сопротивление проявляется и бессознательными попытками клиента поймать консультанта в «психологические» ловушки, что позволяет ему избежать осознания конфликта, имеющихся противоречий, укрепить имеющиеся механизмы психологической защиты и сохранить существующие формы поведения. К таким ловушкам относятся:

– вовлечение в спор или дискуссию;
– попытки добиться от консультанта признания, что ему помочь невозможно;
– попытки получить поддержку или поощрение тех его действий, которые консультант на самом деле не одобряет;
– попытки вызвать жалость;
– попытки лести, всяческого превозношения или же, наоборот, пренебрежительного (вплоть до негативного) отношения к консультанту;

– перекладывание ответственности за свое поведение или чувства на других, обвинения;
– попытки спровоцировать консультанта на принятие решения.

Следует помнить, что специалист часто сам провоцирует сопротивление, навязывая клиенту свои ценности, стереотипы, предубеждения, определенный стиль общения, выражая свое определенное отношение (например, излишнюю симпатию, утешение или раздражение) или же сообщая ему информацию, которую клиент не готов/ не в состоянии воспринять. Наиболее часто консультант сталкивается с сопротивлением, когда он дает советы, «учит жизни», пытается заставить клиента признать то, что ему (консультанту) кажется очевидным, или же просто начинает говорить о клиенте с позиции «эксперта», который «бесспорно, лучше» разбирается в его проблемах. Консультанту следует избегать действий, провоцирующих и усиливающих сопротивление со стороны клиента. Важно помнить, что чем больше клиент проявляет сопротивление, тем менее вероятно, что он будет меняться.

Для того чтобы уменьшить сопротивление, консультанту необходима гибкость (продумать, что и как говорить и делать). Изменив тактику, можно существенно уменьшить сопротивление. Хорошая стратегия работы с сопротивлением состоит в «непротивлении сопротивлению»: не противостоять ему, не пытаться занять позицию и выиграть в ситуации «кто кого», а всячески проявлять понимание проблем и готовность рассматривать их с позиции собеседника. Это будет способствовать дальнейшему раскрытию клиента и эффективному продолжению беседы. Исследования подтверждают, что подход, основанный на том, что консультант всеми возможными способами обходит сопротивление клиента, не прибегая к противостоянию, в большинстве случаев приводит к долгосрочным изменениям в поведении клиента.

Выражение эмпатии

Каждый консультант придерживается стиля консультирования, который он считает наиболее эффективным и адекватным для данного случая. Сопереживание представляет собой умение понимать других в процессе вдумчивого слушания. Это умение можно развивать. Оно требует повышенного внимания к каждому новому высказыванию клиента и постоянного формирования предположений по поводу смысла, который стоит за этим выска-

зыванием. Теплота сопереживания и отражающее, вдумчивое выслушивание являются основными характеристиками метода МИ. Эти два компонента позволяют создавать доброжелательную атмосферу и стиль, в котором проходит все общение с клиентом. Сопереживание предполагает, что консультант на время консультирования видит мир глазами клиента, понимает то, что он думает и чувствует. Консультанту следует стремиться к большему пониманию переживаний клиента и принимать их без критики, осуждения или обвинения. Когда клиент чувствует, что его понимают, он раскрывается, начинает охотнее рассказывать о своей жизни, проблемах, обусловленных его образом жизни, об отношении с окружающими и т.д. При этом консультанту вовсе не обязательно должен «нравиться» клиент, и он совсем не обязательно должен соглашаться со всем, что клиент говорит. Но внимание и проявленное уважение со стороны консультанта будут иметь решающее значение для понимания клиентом возможности дальнейших изменений. Основой данного метода является умелое отражающее слушание.

Поддержка уверенности в собственных силах

Вера клиента в то, что перемены к лучшему возможны, является важным условием успешности работы. Многим клиентам сложно поверить, что они могут начать и продолжать процесс изменения поведения. В данной связи основной задачей для консультанта является развитие и поддержка у клиентов уверенности в собственных силах, надежды, оптимизма и ощущения возможности довести начатое до конца. Вера консультанта в способность клиента измениться также в значительной степени обеспечит положительный результат. Повышать самостоятельность и уверенность клиента в изменениях консультант может путем признания сильных сторон клиента, подчеркивая их в течение всей терапии. Стоит обсуждать с клиентом возможные варианты терапии и изменений, которые будут для него привлекательными, даже если он уже «выпадал» из какой-то программы и возвращался к проблемному поведению. Полезно также говорить о людях, которые в схожих ситуациях смогли изменить свое поведение. Можно привлекать их для беседы. В то же время необходимо, чтобы клиент осознал, что он сам отвечает за изменение своего поведения, а достижение устойчивого успеха начинается с небольших поступков. Процесс изменений, который только

на первый взгляд выглядит как невероятный и безнадежный, можно разделить на вполне достижимые маленькие шаги по направлению к цели. Повысить самостоятельность клиента и его уверенность в себе может обучение. Правдивые, точные, представленные в доступной форме сведения помогут ему смягчить чувство стыда и вины.

Таким образом, цель подхода мотивационного интервьюирования состоит в том, чтобы стимулировать и направлять процесс, в ходе которого клиент обдумывает и принимает решение, которое ведет к изменению проблемного поведения, помогая ему учитывать все «за» и «против» возможных изменений.

Основные приемы МИ:
– открытые вопросы,
– отражающее слушание,
– резюмирование
– поощрение и поддержка.

Открытые вопросы

Все вопросы условно можно разделить на открытые и закрытые. К открытым вопросам относятся вопросы, на которые нельзя ответить кратко, несколькими словами. Такие вопросы поощряют других людей к разговору и позволяют консультанту получить максимум информации. Один из самых полезных открытых вопросов: «Вы могли бы привести конкретный пример?». К закрытым вопросам относятся вопросы, на которые можно ответить несколькими словами или предложениями. Они имеют преимущество в ситуации, когда необходимо сфокусировать интервью на чем-то определенном или установить конкретный факт. Открытые вопросы часто начинаются со слов «кто», «что», «как», «каким образом» и т.д.

Открытые вопросы помогают начать, детализировать и обогатить интервью/консультацию, установить конкретные факты из жизни клиента. Они играют ключевую роль при всесторонней оценке проблемы («схема репортера»), помогают развивать новые темы для обсуждения, способствуют подчеркиванию и разъяснению спорных моментов, а также помогают клиенту в самораскрытии.

Первое слово открытого вопроса часто является определяющим для характера высказываний клиента.

Открытые вопросы являются мощным стимулом развития разговора об изменениях: «Каким образом?», «Что еще вы заметили?», «Как еще вы могли это сделать?» и т.д.

В процессе консультации уменьшайте общее количество вопросов, старайтесь избегать вопросов, требующих односложных ответов, и увеличивайте количество открытых вопросов.

Отражающее слушание

Отражающее слушание (рефлексивное или активное слушание) имеет несколько уровней. Первый, простое отражение или отражение содержания – дословное или слегка перефразированное повторение высказываний, последних или отдельных, наиболее важных слов клиента. Более сложный, усиленный уровень отражения – анализ высказывания клиента и попытка передать его своими словами. Третий, наиболее глубокий уровень отражения – передача клиенту тех чувств, которые, по вашему предположению, скрываются за его словами. Основное внимание при этом уделяется эмоциональному аспекту.

Рекомендуется делать два-три отражения каждого ответа на ваш вопрос преимущественно в форме перефразирования, а не простого повторения. Для того чтобы помочь человеку продолжить говорить, используйте простое отражение – повторение последних, сказанных собеседником слов при возникновении длительной паузы.

Клиент: Я долго не решался на этот разговор, но вот наконец я встретился с ней… (длительная пауза).

Консультант: Итак, вы наконец встретились с ней… (мимикой предлагаете клиенту продолжить мысль).

Чтобы помочь клиенту глубже рассмотреть те или иные вопросы, используйте избирательное отражение – повторение слов собеседника с ударением на те из них, которые вам представляются ключевыми для продолжения беседы. Для этого в русском языке их обычно переносят в конец предложения.

Клиент: Я не планирую прекратить пить в ближайшее время.

Консультант: Значит, вы не планируете в ближайшее время прекращать пить.

Акцентируется процесс прекращения пьянства.

Клиент: Я не планирую прекратить пить в ближайшее время.

Консультант: То есть в ближайшее время прекращать пить вы не планируете.

Акцент на планах, которые человек себе ставит.

Клиент: Я не планирую прекратить пить в ближайшее время.

Консультант: Получается, что вы не планируете прекращать пить в ближайшее время.

Акцент на временные рамки.

Чтобы подчеркнуть противоречия между желаемой жизнью и реальностью, используйте двустороннее отражение – повторение противоположных мнений по вопросу, о котором говорит сам клиент.

Консультант: То есть, с одной стороны, вы хотите каждую пятницу продолжать выпивать с друзьями и при этом хотите, чтобы в субботу утром у вас было хорошее самочувствие...

Важно отражать слова клиента именно в утвердительной форме, а не в вопросительной. Такое отражение поможет уточнить полученную информацию или получить новую, не задавая вопросов. Это особенно значимо при начале консультирования, когда клиент еще не доверяет вам. В это время клиента могут «напрягать» любые вопросы.

Резюмирование

Процесс резюмирования состоит в том, что консультант выделяет суть сказанного клиентом и затем излагает ее «своими словами». Резюмирование объединяет положительные и отрицательные чувства клиента по поводу собственного поведения и помогает ему осознать его противоречивость. Резюмирование может служить как хорошим началом, так и завершением встре-

чи с клиентом и может помочь ему в переходе от одной стадии изменения к другой.

Поощрение и поддержка

Искренняя поддержка клиента развивает и укрепляет его самостоятельность и уверенность в собственных силах. Поддержка со стороны консультанта включает признание тех трудностей, которые пережил клиент. Выражая поддержку, консультант демонстрирует уважение к опыту и чувствам собеседника. Поддержка позволяет клиенту почувствовать себя более уверенно в мобилизации своих внутренних ресурсов для того, чтобы предпринимать действия и достичь изменений. Подчеркивание опыта клиента, указывающего на силу, успешность, поможет ему избежать разочарований и потери мотивации.

Для заметок