Фонд ООН в области народонаселения

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья






Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА)

Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья

Пособие для врачей и среднего медицинского персонала

Минск
«АЛЬТИОРА — ЖИВЫЕ КРАСКИ»
2011

УДК 613-053.2
ББК 51.28
К65

Коллектив авторов: Н. Е. Акола; Е. В. Зеневич; А. М. Камлюк; А. Л. Маркевич; Д. З. Капустин; Т. В. Пронько; Е. А. Свиридова; канд. мед. наук, доцент А. Л. Навроцкий; А. И. Василенко; канд. мед. наук А. А. Кралько; канд. мед. наук, доцент Л. И. Матуш; канд. псхол.. наук В. Е. Резников; П. В. Рынков; канд. мед. наук Е. М. Русакова; Е. Я. Русинова; канд. мед. наук В. Л. Силява.

Редакционная коллегия: Е. М. Русакова (главный редактор), И. Ф. Мезен, Е. В.Зеневич.

Рецензент канд. мед. наук, главный акушер-гинеколог
Министерства здравоохранения Республики Беларусь *А. Н. Барсуков.*

Издано в рамках проекта ЮНФПА
«Укрепление сексуального и репродуктивного здоровья подростков
и молодежи в странах Средней Азии, Беларуси, Молдовы и Украины»

К65 **Консультирование** подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья [Текст] : пособие для врачей и сред. мед. персонала / Н. Е. Акола [и др.] ; редкол. Е. М. Русакова, И. Ф. Мезен, Е. В. Зеневич ; предисл. Е. Л. Богдан ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА). — Минск : АЛЬТИОРА — ЖИВЫЕ КРАСКИ, 2011. — 258 с. — не для продажи.

ISBN 978-985-6831-60-0.

В пособии изложены основы консультирования подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, рассмотрены проблемы психосексуального развития детей и подростков. Большое внимание уделено анатомии и физиологии женской и мужской половой системы, вопросам планирования семьи, методам современной контрацепции. Раскрыто влияние ИППП, наркомании, алкогольной и табачной зависимости на репродуктивное здоровье, представлены нормативные правовые акты Республики Беларусь, регулирующие медицинскую деятельность в области охраны репродуктивного здоровья.

Пособие предназначено для педиатров, акушеров-гинекологов, урологов (андрологов), среднего медицинского персонала, преподавателей высших и средних медицинских учреждений образования, специалистов центров здоровья молодежи.

УДК 613-053.2
ББК 51.28

ISBN 978-985-6831-60-0

© Богдан Е. Л., предисловие, 2011.
© Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), 2011.
© Оформление. ИП «АЛЬТИОРА — ЖИВЫЕ КРАСКИ», 2011.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 5

Глава 1. Основы консультирования

Занятие 1. Потребности подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья. Центры здоровья молодежи 9
Занятие 2. Правила работы в группе. Введение в консультирование 30
Занятие 3. Психодинамика консультирования 34
Занятие 4. Возрастные особенности подросткового периода. Правила и принципы построения отношений с подростками 41
Занятие 5. Основы коммуникации 48
Занятие 6. Проведение первичной беседы. Консультирование родителей. Трудные моменты при консультировании. Конфликтология, способы разрешения конфликтных ситуаций 59
Занятие 7. Консультирование (практикум) 74
Занятие 8. Рекомендации начинающему консультанту 79

Глава 2. Репродуктивное здоровье

Занятие 1. Анатомия и физиология мужских и женских половых органов. Половое развитие подростков 87
Занятие 2. Репродуктивное здоровье мальчиков 96
Занятие 3. Планирование семьи. Репродуктивные потребности и прегравидарная подготовка 106
Занятие 4. Планирование семьи. Контрацепция 111
Занятие 5. Инфекции, передаваемые половым путем 126
Занятие 6. ВИЧ-инфекция. СПИД 137
Занятие 7. Наркомания как дополнительный фактор риска, влияющий на репродуктивное здоровье 149
Занятие 8. Влияние табака и алкоголя на репродуктивное здоровье 170

Глава 3. Психосексуальное здоровье подростков и молодежи

Занятие 1. Психосексуальное развитие. Проблемы сексуального здоровья детей и подростков 189
Занятие 2. Насилие. Консультирование подростков по вопросам насилия 225

Глава 4. Законодательство Республики Беларусь в области охраны репродуктивного здоровья

Занятие 1. Нормативные правовые акты Республики Беларусь в области охраны репродуктивного здоровья 239

ПРЕДИСЛОВИЕ

Будущий экономический и интеллектуальный потенциал любой страны в значительной мере определяется количественными и качественными характеристиками здоровья, которыми обладает ее молодежь. Особую значимость здоровье молодежи приобретает в связи с выраженным демографическим спадом, наблюдающимся в нашей республике.

Несмотря на принимаемые государством меры по улучшению социально-экономической ситуации сохраняется устойчивая тенденция депопуляции и отрицательного естественного прироста.

Низкий суммарный коэффициент рождаемости не позволяет обеспечить простое воспроизводство населения. Массовое распространение малодетности в значительной степени связано с изменением репродуктивных ценностей, трансформацией института семьи.

Параллельно со снижением количества населения снижается и его качество. И наиболее актуальным в свете демографической безопасности является репродуктивное здоровье населения. Подростки и молодежь, как наиболее уязвимая когорта, подвержены влиянием всех негативных процессов.

Отрицательное влияние на состояние здоровья подростков и молодежи республики оказывает неблагоприятная экологическая обстановка, нерационально организованная учебная и трудовая деятельность, сниженная мотивация к занятиям физкультурой и спортом, неправильное питание, отсутствие навыков безопасного и ответственного поведения.

Серьезной проблемой является распространение среди молодежи, и прежде всего среди девушек, таких вредных привычек, как употребление алкоголя, токсических и наркотических веществ, курения.

Неблагоприятная ситуация обусловлена так же и социальными факторами. К наиболее важным из них относятся: изменение моральных устоев общества; распространение добрачных сексуальных отношений, отсутствие системы полового воспитания; неготовность системы здравоохранения к удовлетворению запросов населения в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

Низкий уровень информированности подростков и молодежи о вреде курения, употреблении алкоголя, наркомании, отсутствие знаний по вопросам сохранения репродуктивного здоровья приводят к проблемам с деторождением и требуют применения новых репродуктивных технологий.

Несмотря на то, что органами управления здравоохранением и подведомственными организациями здравоохранения уделяется особое внимание вопросам охраны здоровья детей и подростков, учащейся молодежи, студентов, проблема оказания квалифицированной помощи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья по-прежнему является актуальной.

Создание и функционирование центров здоровья молодежи, открытых при поддержке фонда народонаселения ООН (ЮНФПА), позволило начать широкомасштабный проект по развитию принципиально новых услуг для подростков и молодежи.

Основными принципами предоставления данных услуг является безотказность, доступность, доброжелательность, доверительность, конфиденциальность, преемственность, добровольность, одинаковое понимание консультантом и клиентом проблем и ситуаций .

Развитие такого рода услуг требует особой подготовки и постоянного повышения квалификации специалистов, работающих в данной сфере. Наиболее важным в подготовке медицинских работников является обучение основам консультирования. Коммуникативные навыки помимо специальных медицинских знаний позволят совместно с молодым человеком изучить проблему, помочь найти выход из сложившейся ситуации и повысить его ответственность за результат.

Повышению уровня подготовки послужит новая редакция пособия, подготовленного наиболее квалифицированными специалистами в области репродуктивного и сексуального здоровья с учетом реалий и настоящих потребностей.

Форма подачи материала является наиболее удобной как для практического врача, так и для преподавателя.

Данное пособие, предназначено для врачей различных специальностей, осуществляющих свою деятельность, как в центрах здоровья молодежи, так и в общелечебной сети, и позволит повысить уровень квалификации специалистов, ознакомит с основами консультирования подростков и молодежи.

Е. Л. Богдан, начальник отдела медицинской помощи матерям и детям
Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Основы консультирования

1
ГЛАВА



ЗАНЯТИЕ 1*

Потребности подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья. Центры здоровья молодежи

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: изучить потребности подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья. Структура и принципы работы Центров здоровья молодежи.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- потребности подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья;
- основные принципы дружественного подхода в оказании услуг в области репродуктивного здоровья;

б) должны уметь:
- оказывать консультативную, медицинскую помощь подросткам с использованием принципов дружественного подхода, с учетом их потребностей.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
1.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
1.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
1.3	Изучение темы «Потребности подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья». Вопросы темы: 1. Анализ потребностей подростков в области охраны и профилактики репродуктивного здоровья. 2. Структура и основные принципы работ Центров здоровья молодежи. 3. Сравнительная характеристика представлений подростков и врачей об основных принципах дружественного подхода в области консультирования по вопросам репродуктивного здоровья.	Лекция (презентация)	40 мин
1.4	Центры здоровья молодежи (цели, задачи, структура, принципы работы).	Лекция (презентация)	20 мин
1.5	Развитие услуг, дружественных молодежи, и создание Центров здоровья молодежи в Республике Беларусь.	Лекция (презентация)	20 мин
1.6	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	3 мин
1.7	Подведение итогов занятия.		2 мин

* В пособии использованы материалы из издания: КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ К МОЛОДЕЖИ (пособие для Организатора). — *Новосибирск: Олден-полиграфия, 2002. — 266 с.*

1.1 Организационный момент

Представление темы.

1.2 Актуальность темы

В области информирования, консультирования и оказания социально-медико-психологической помощи подросткам, молодежи, семьям, имеющим детей-подростков, назрело много проблем, требующих решения. В значительной степени отсутствие знаний и должной мотивации у подрастающего поколения препятствует распространению здорового образа жизни и созданию необходимых условий и предпосылок для профилактики заболеваний и патологий репродуктивной сферы. Перечисленные выше проблемы, а также ряд трудностей, с которыми сталкивается молодой человек при обращении к врачу-специалисту в области репродуктивного здоровья, позволяет сделать вывод о приоритетных потребностях молодежи в области охраны репродуктивного здоровья.

1.3 Потребности подростков и молодежи в области охраны и профилактики репродуктивного здоровья.

Для выявления потребностей подростков и молодежи в области охраны и профилактики репродуктивного здоровья, а также с целью изучения основных форм, направлений и возможных перспектив создания в Республике Беларусь социально-медицинских служб, дружественных к молодежи и подросткам, в рамках проекта ЮНФПА и ЮНИСЕФ Исследовательским институтом развития и безопасности была проведена научная работа.

В исследовании приняли участие три группы респондентов, включающие представителей молодежи и подростков в возрасте от 14 до 18 лет, проживающих в г. Минске, областных центрах Беларуси, а также в г. Солигорске; медицинских работников, проживающих в указанных городах Беларуси и оказывающих профессиональные услуги подросткам и молодежи в сфере репродуктивного здоровья; родителей подростков, проживающих в г. Минске.

Обобщение результатов проведенного опроса с тремя категориями (подростки, врачи, родители) и анализ полученных данных показал, что имеющаяся у них информация о здоровье молодого человека, включая его репродуктивное здоровье, о возможных проблемах со здоровьем и их последствиях, о необходимости профилактики, раннего выявления и лечения возникающих заболеваний, а также информация об учреждениях, формах и способах лечения и профилактики в области репродуктивного здоровья крайне недостаточна, как по содержанию, так и по форме они часто не соответствует объективным потребностям, запросам и интересам молодежи.

Проблемы в области консультирования и предоставления информации подросткам и молодежи

Ранжируя полученные результаты, можно указать на следующие объективные проблемы в области консультирования молодежи и подростков по вопросам репродуктивного здоровья:

- У подростков и родителей недостаточно знаний об основах анатомии и физиологии человека, почти нет информации об особенностях физиологии подростка, о специфике полового созревания подростка, включая различия в половом созревании юношей и девушек.
- У подростков отсутствует достоверная, научно обоснованная информация по вопросам репродуктивного здоровья и сексуального поведения, и данный вакуум заполняется сомнительными советами друзей и знакомых, уличными сведениями, а также порнографией и материалами «желтой прессы». Специалисты отмечают также отсутствие элементарных знаний и навыков личной гигиены.
- Поступает мало информации о вредных последствиях для организма подростка ранних сексуальных отношений, ранней беременности и возможных заболеваний репродуктивной сферы, включая ИППП.
- Недостаточно информации об уже созданных и существующих в республике (даже в статусе экспериментальных) диагностических и лечебно-профилактических учреждениях, службах, которые оказывают целенаправленную помощь подросткам и молодежи в сфере репродуктивного здоровья.

- Организованное на базе учебных заведений информирование и просвещение подростков и молодежи ведется в неподходящей форме. Оно проводится в больших аудиториях, рассчитанных на весь учебный поток или несколько классов (учебных групп) одновременно, что резко снижает эффективность такой работы. Большая часть информации не доходит до подростков, и, что самое важное, утрачивается возможность интерактивной связи с аудиторией, которая могла бы осуществляться посредством конкретных индивидуальных вопросов лектору. В связи с этим индивидуальные потребности подростков в конкретной и наиболее ценной для их здоровья информации остаются не удовлетворенными.

По оценкам самих подростков, а также их родителей, в республике недостаточно выпускается и переиздается литературы, которая в доступной для детей и молодежи форме могла бы знакомить подрастающее поколение с особенностями полового развития организма девушки и юноши, с методами профилактики заболеваний репродуктивной сферы, правилами и нормами сексуального поведения, включая этико-правовой аспект этих отношений.

Проблемы подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья

Сравнительный анализ результатов групповых интервью с подростками, родителями и медиками-экспертами позволил выявить спектр проблем подростков, юношей и девушек, в области репродуктивного здоровья, необходимость решения которых определяет перечень основных потребностей молодежи республики в сфере охраны и профилактики репродуктивного здоровья.

Следует отметить, что в определении проблем и затруднений, с которыми сталкиваются молодые люди, проживающие в крупных городах Беларуси, не наблюдалось явных противоречий между мнениями трех категорий опрашиваемых. Трудности, стоящие перед молодежью, наиболее отчетливо прозвучали в групповых дискуссиях медиков которые в силу своей профессиональной деятельности видят эти проблемы более дифференцированно. Многие из этих проблем, касающихся сексуального здоровья подростков, оказались неожиданностью для родителей, которые больше внимания уделяли тем трудностям, с которыми сталкивается подросток при посещении поликлиники и подросткового врача. Однако профессиональные выводы медицинских работников, основанные на длительном опыте приема и лечения подростков, в основных интенциях совпали с мнениями самих подростков и опасениями родителей. Поэтому можно считать правомерным определение ряда проблем и трудностей, с которыми сталкивается молодежь республики в сфере репродуктивного здоровья и сексуального поведения, прежде всего, на основе заключения медицинских работников.

Среди наиболее значимых проблем молодежи и подростков медицинские работники на основе своего опыта называют следующие (степень распространенности в порядке убывания):

Общее ослабление здоровья

Высокий уровень заболеваемости ИППП

Ранняя беременность

Наличие врожденных и приобретенных патологий, возрастных аномалий развития половой сферы (являются менее распространенным явлением)

Сексуальные проблемы преимущественно психологического характера

Психологические проблемы: отсутствие дружеского контакта в семьях, с близкими людьми, отсутствие адекватной по форме и принципам работ, доступной подростку психологической и психиатрической помощи, что становится серьезным фактором риска алкоголизма, токсикомании и наркомании среди подростков

Потребности подростков и молодежи в услугах и информации в области репродуктивного здоровья

В результате групповых интервью были выделены основные потребности молодежи и подростков Республики Беларусь в области получения информации и консультирования по вопросам репродуктивного здоровья. Суть этих потребностей может быть сведена к **четырем основным категориям:**

1) потребности в получении качественной медицинской и психологической помощи;

2) потребности в определенных принципах медицинского и психологического обслуживания;

3) потребности в получении информации по вопросам репродуктивного здоровья посредством доступных форм и методов ее предоставления;

4) потребности в определенной форме функционирования: режиме работы и организации медицинской службы.

1) Потребности в получении качественной медицинской и психологической помощи:

Психологическая и медицинская помощь, оказываемая подростку, должна быть компетентной и квалифицированной. Подростки *ценят профессионализм и компетентность врача не меньше, чем уважительное отношение* к их личности. Они сразу чувствуют, если врач (или психолог) испытывает затруднения в постановке диагноза и назначении лечения, в определении проблемы или выборе практической рекомендации.

Подростки и молодежь нуждаются в ***комплексных медицинских услугах***, объединяющих профилактику, ***диагностику, лечение и реабилитацию в одном учреждении*** на условиях тесного ***взаимодействия врачей*** общей практики и узких специалистов.

Согласно единодушному мнению подростков и медицинских работников, ***врач (или консультант-психолог) должен быть специально подготовленным для работы с подростками***. Он должен обладать дополнительными медицинскими знаниями, необходимыми психологическими навыками общения с пациентами подросткового возраста.

2) Потребности в определенных принципах медицинского и психологического обслуживания:

- ***Конфиденциальное и анонимное обслуживание.*** В связи с тем, что при обращении к врачу с проблемами в области сексуального здоровья подростки боятся огласки в семье и учебном заведении, среди соседей и сверстников, то, как правило, они избегают обращаться в поликлинику, а при наличии финансовой возможности пытаются решать проблему через коммерческие медицинские фирмы. Поскольку далеко не у всех подростков такие возможности есть, то многие просто остаются без квалифицированной помощи.
- ***Внимательное и заинтересованное отношение*** врача, медицинского работника, психолога к проблемам подростков. Для них огромное значение имеет доверие врачу (консультанту, педагогу), врач должен уметь понравиться подростку, чтобы тот мог открыть ему свои проблемы.
- ***Уважение личного достоинства, свободы и прав.*** Подростки особенно уязвимы в этом отношении. Поэтому хотят получить уважительное, дружественное отношение специалиста, который будет обсуждать с ним проблему на равных и окажет необходимую помощь и консультацию, не читая при этом морали.
- ***Добровольная основа медицинского обслуживания и психологической помощи.*** Подростки нуждаются в уважении и соблюдении их прав и свободы. Они не хотят, чтобы им навязывали те или иные рекомендации, ту или иную помощь, их нужно убеждать в этом, формировать личностную мотивацию и внутреннюю установку на заботу о собственном здоровье, лечении, профилактике.
- ***Форма, в которой врач, психолог объясняют*** подросткам те или иные аспекты ухода за своим здоровьем, дают им необходимые знания о профилактике репродуктивного здоровья, о половой гигиене, о формах безопасного сексуального поведения, включая контрацепцию, должна быть ***максимально простой, ясной, точной и доступной***. Подростки хотят, чтобы с ними говорили ***не вуалируя проблему***, в противном случае они могут неправильно понять смысл рекомендаций.

3) Потребности в получении информации по вопросам репродуктивного здоровья посредством доступных форм и методов ее предоставления:

- ***Обучение и информирование по принципу «равный обучает равного».***
- ***Систематическое, продуманное, последовательное и поэтапно осуществляемое*** информирование, обучение и воспитание по вопросам укрепления репродуктивного здоровья всеми средствами и источниками информации. Предоставляемая подросткам и молодежи информация по содержанию и форме должна строиться в соответствии с возрастными и гендерными различиями.
- ***Конструктивное взаимодействие медицинских работников и педагогов*** при разработке и подготовке культурно-просветительских мероприятий, лекций и бесед с подростками на темы репродуктивного здоровья. Лекторский, психолого-педагогический и методический опыт учителей может существенно оптимизировать формы и способы проведения таких информационных акций.
- ***Интересные, яркие по форме, наглядные и запоминающиеся способы и формы обучения и передачи информирования.*** Проведение занятий, по возможности, в малых группах.
- ***Индивидуальные консультации психолога (иногда сексолога)*** по вопросам и трудностям полового развития, общения (не только сексуального) с противоположным полом и сверстниками, общения с родителями и другими членами семьи, а также по конкретным вопросам сексуальных отношений.

4) Потребности в определенной форме функционирования, режиме работы и организации медицинской службы:

- ***Отдельный медицинский и социально-психологический консультативный центр***, которые функционируют на базе одного учреждения. Служба, оказывающая услуги подросткам и молодежи, в идеале не должна располагаться на базе поликлиник, женских консультаций, учреждениях образования, диспансеров, так как подростки и молодежь нуждаются в конфиденциальности и не пойдут в такую службу, если есть вероятность встретить там родителей, соседей, знакомых, учителей.
- ***Отдельный вход***, если такая служба располагается в поликлинике.
- Работа в ***вечернее время и выходные дни***, хотя желательно, чтобы ***в течение дня*** в медицинской службе ***дежурили врач и психолог.***
- ***Раздельный/отдельный прием юношей и девушек***, возможно, в разное время или в разные дни.
- ***Отсутствие очередей.*** Подростки не будут дожидаться очереди, вставать утром за талончиком, они не хотят встречаться друг с другом в ситуациях обращения к врачу по таким интимным вопросам, как репродуктивное и сексуальное здоровье.
- ***Большее внимание пациенту***, чем заполнению бумажек со стороны врача, регистратора. По мнению подростков, этому может способствовать компьютеризация. При ведении документации, истории болезни они хотят сохранить анонимность и иметь возможность называться условным, вымышленным именем.
- ***Сосредоточение/наличие всех услуг в одном месте***. Подростки хотели бы, получать все услуги в одном месте и чтобы не было необходимости куда-то ехать и обращаться за дополнительным обследованием. Для подростков крайне важно их свободное время, и они предпочитают такую форму обслуживания, при которой обследование и консультация узких специалистов проходят в как можно более сжатые сроки («в день обращения»). Если это невозможно, то подростки предлагают организовать регистратуру таким образом, чтобы встречающий их консультант-регистратор брал на себя роль руководителя, составляющего индивидуальный, удобный, прежде всего для подростка, график обследования, и курировал его, обеспечивая комплексной социально-медицинской помощью.

Таким образом, конкретные пожелания и потребности подростков в определенном качестве медицинского и психологического обслуживания больше соответствуют идеальной модели центра, чем его промежуточным, компромиссным формам. Тем не менее, ряд этих пожеланий, особенно в плане характера отношения врачей к пациенту-подростку, имеют принципиальный

характер и могут быть реализованы уже в рамках промежуточного этапа развития таких социально-медицинских служб.

1. 4 Центры здоровья молодежи

Потребности подростков и молодежи в определенном качестве медицинского обслуживания частично обусловлены существующими проблемами и трудностями, с которыми сталкиваются молодые люди в области охраны репродуктивного здоровья. А с другой стороны, эти потребности выражают определенный подход в оказании медицинских и психологических услуг. Такой подход, направленный на предоставление медицинских услуг в соответствии с потребностями и ожиданиями подростков и молодежи получил название «дружественный». Он может реализовываться в форме Консультативного кабинета, если прием ведется одним доктором или в форме Центра здоровья молодежи (ЦЗМ), если услуги предоставляют несколько специалистов.

Центр здоровья молодежи, центр дружественный подросткам — это структурное подразделение организации здравоохранения, оказывающее комплексную медико-психологическую помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности. Реализацией идеологии ЦЗМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

Цель ЦЗМ: сохранение здоровья подростков и молодежи

Задачи ЦЗМ:

- продвижение ответственного репродуктивного и безопасного сексуального поведения;
- профилактика, диагностика и лечение заболеваний;
- информационное и консультативное сопровождение, создание психологически комфортных условий для каждого клиента.

Работа ЦЗМ начинается с консультирования, которое продолжается на всех последующих этапах (профилактика, диагностика, лечение и реабилитация) вместе с социально-психологическим сопровождением.

Центр — более эффективная модель по сравнению с консультативным кабинетом в плане оказания комплексной помощи молодежи в сохранении здоровья. Здесь молодые люди могут получить комплексную специализированную медицинскую, психологическую и консультативную помощь.

Название центра может отражать приоритетные направления деятельности для данного учреждения, включая сочетания таких слов, как лечебный, консультативный, социальный, психологический и т.д. Опыт существующих ЦЗМ показывает, насколько выгодно присваивать ему собственное имя. Оно позволяет сформировать положительный имидж, легко запоминается и удобнее, чем аббревиатуры.

Объем и характер услуг зависит полностью от специализации и мощности центра. Наряду с медицинскими услугами, центр может предоставлять психологическую, юридическую и социальную помощь. В рамках данной модели проще организовать работу информационного телефона и волонтеров. У волонтеров на базе центра появляются дополнительные возможности: они могут проводить занятия (например, видеолекторий) с молодежью и подростками непосредственно в стенах центра (что усиливает его популярность); они могут привлекать к своей работе и обучению всех работающих в центре специалистов; у них будет помещение для сбора и занятий.

Специалисты центра при этом могут выступать как в роли консультантов (консультировать волонтеров по медицинским вопросам), так и в качестве ведущих /тренеров в ходе обучения волонтеров.

Преимущества:

- усиление реализации принципа доступности путем: возможности получения комплексной квалифицированной и специализированной лечебной помощи (по профилю работы центра); предоставление большего спектра услуг; сокращение срока, необхо-

димого для перехода от одного специалиста к другому; в специализированном центре можно быстрее выявить новые тенденции в состоянии здоровья молодежи и быстрее на них отреагировать;

- медицинские работники, которые прошли специальное обучение навыкам консультирования подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья;
- возможность привлечения добровольцев (для этого направления можно выделить специальные помещения и отдельного специалиста);
- возможность организации первичного консультирования — консультативного кабинета как отдельной структуры.

Наиболее приоритетной является государственная форма ЦЗМ в связи с большой социальной значимостью проблемы сохранения здоровья подростков и молодежи.

Целевая группа — подростки и молодежь; врач назовет их пациентами, психолог — клиентами и т.д. Поэтому могут использоваться термины «клиент» и «пациент» как равнозначные, для определения подростка или молодого человека обратившегося в ЦЗМ.

Клиентами/посетителями и даже пациентами ЦЗМ, помимо подростков и молодежи, могут быть их родственники, а также специалисты других ведомств, работающих с молодежью.

Подростки и молодые люди приходят в центр, чтобы получить помощь: консультативную, информационную, диагностическую, лечебную и реабилитационную, их родственники — чтобы получить информацию и консультации по вопросам урегулирования взаимоотношений с детьми, сохранения здоровья и повышения уровня информированности детей.

Для организатора медицинского, социального и психологического сервиса подростки и молодежь — сложная и взыскательная целевая группа. Это связано:

- с их психологическими особенностями;
- с отсутствием навыков самостоятельного обращения за помощью;
- часто — с отсутствием навыков самонаблюдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей;
- с тем, что они еще материально и психологически зависимы от родителей: у них не всегда есть деньги на регулярное лечение, иногда они не хотят сообщать родителям о заболевании;
- с чувством недоверия к взрослым;
- с несерьезным отношением к своему здоровью.

Структура Центра

Существует четыре основных направления в работе ЦЗМ :

- консультативно-информационное,
- лечебно-диагностическое,
- реабилитационное,
- социально-психологическое.

Все они взаимосвязаны и дополняют друг друга.

Консультирование является как основным направлением предоставления услуг, так и основным методом внутри других направлений.

Работа центра начинается с консультирования, которое продолжается на всех последующих этапах (профилактика, диагностика, лечение и реабилитация) вместе с социально-психологическим сопровождением.

Услуги ЦЗМ в зависимости от направлений работы бывают:

- **консультативно-информационные:** предоставление клиентам информации о том, как сохранить здоровье, о средствах профилактики, контрацепции, о том, куда и к кому можно обратиться за помощью;

- **лечебно-диагностические:** проведение медицинской (выявление заболеваний) и психологической диагностики, оказание медицинской помощи, связанной с заболеванием, социально-психологическое сопровождение процесса лечения;
- **реабилитационные:** психическое и физическое восстановление организма после перенесенного заболевания/проблемы, социально-психологическое сопровождение реабилитационного процесса;
- **социально-психологические:** консультирование молодежи по психологическим проблемам, сопровождение целевых групп и их ближнего окружения, консультирование по модели изменения поведения.

ЦЗМ, вне зависимости от своей модели, реализует все, несколько или одно из этих направлений. Если ЦЗМ обеспечивает не полный объем услуг, то специалисты центра должны выстроить систему переадресации подростка к недостающим специалистам.

Отличие ЦЗМ от других организаций здравоохранения состоит в следующем:

- ЦЗМ в дополнение к медицинским услугам оказывает и психологическую помощь, в результате чего, обратившийся получает более комплексную по сравнению с обычной организацией здравоохранения помощь;
- ЦЗМ как структура реализует принципы добровольности, доступности, доброжелательности.

Обычная организация здравоохранения	Центр здоровья молодежи (центр, дружественный подросткам)
1. Оказываемая подросткам и молодежи помощь рассчитана преимущественно на больных людей.	1. Оказываемая помощь рассчитана на здоровых и больных людей.
2. Лечение и реабилитация, недостаточно профилактических мероприятий.	2. Работа с проблемой, профилактика, лечение и реабилитация.
3. Критерий качества — оценка по факту оказанной помощи.	3. Критерий качества — повторные обращения и обращение по рекомендации.
4. Узкая специализация помощи (лечебная).	4. Комплексная помощь (медицинская, психологическая, социальная, правовая).
5. «Традиционные проблемы», прежде всего лечение соматических заболеваний.	5. «Нетрадиционные проблемы», с которыми не идут в обычную клинику.
6. Директивная модель: решение принимает специалист.	6. Модель сотрудничества: решение принимается с участием обратившегося.

В частности, **образ комфортного для молодежи социально-медицинского центра** включает в себя следующие особенности и характеристики:

1. Внешний облик, интерьер, расположение

- Центр должен располагаться в здании современного дизайна и выглядеть достаточно солидно, чтобы молодежь поверила в серьезность и основательность данной службы. Характерно, что внешний облик здания и внутреннее оборудование, интерьер помещения в сознании подростков ассоциируется с представлениями о степени квалификации работающих в центре специалистов.
- Внутренний интерьер не должен напоминать больницу, должен создавать уютную атмосферу (теплые пастельные тона, мягкая мебель, много зелени, отсутствие запаха дезинфицирующих материалов).
- Смотровые кабинеты должны располагаться изолированно от холлов, их окна не должны просматриваться с улицы, что вызывает особый психологический дискомфорт у молодых девушек и юношей.
- Наличие информации о существовании такой службы с конкретными адресами и телефонами во всех учебных заведениях и центрах досуга молодежи, общественных местах, реклама и информация в СМИ.

2. Качество обслуживания и организация предоставляемых услуг

- ***Отсутствие очередей*** и возможность получить индивидуальную консультацию специалиста в удобное для клиента (пациента) время.

- Вместо традиционной регистратуры с историями болезней — современная ***компьютерная сеть с базой данных***, молодой администратор, который координирует ежедневную работу специалистов по времени и составляет индивидуальный график посещения нужного специалиста для подростка с учетом его пожеланий.
- ***Возможность получить консультацию психолога, гинеколога, уролога и другого специалиста*** ежедневно в день обращения без предварительной записи и доврачебного осмотра (консультант всегда дежурит в центре).
- Основная ***диагностика и лабораторные исследования*** должны быть сосредоточены ***в центре***, чтобы можно было пройти базовое обследование и консультирование узких специалистов одновременно, в одном месте.
- Желательно ***наличие реабилитационного отделения, физиотерапии***.
- Важным условием для подростков и молодежи является ***качество и современный характер оборудования***, которым оснащен центр.
- Специалисты, работающие в центре, должны быть специально подготовлены для работы с подростками и молодыми людьми. Им необходимо знать психологические особенности подросткового возраста, правила построения отношений с подростками, этапы и структуру процесса консультирования, а также владеть коммуникативными навыками. Они должны иметь высокий уровень профессиональной подготовки, соблюдать принципы деятельности центров здоровья подростков и молодежи. Специалисты центра должны постоянно повышать свою квалификацию, желательно, чтобы они были в курсе современных зарубежных методик и технологий лечения.
- Высказывалось пожелание относительно формы персонала: ***белые халаты угнетающе действуют на подростков***, напоминая им о тоскливой больничной атмосфере. Желательно в работе консультанта использовать специальную форму (халат, костюм с современным рисунком).
- Наличие на базе ЦЗМ ***анонимной телефонной службы психологической помощи*** и консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и сексуального поведения;
- ***Анонимность консультации*** может совмещаться с ведением истории болезни, если разрешить использовать условные (вымышленные) имена.
- Для подростков важна ***конфиденциальность обслуживания,*** они негативно относятся к врачу, который нарушает данное им слово не разглашать информацию о диагнозе и проблемах пациента. В любом случае, врач обязан предупредить подростка о необходимости таких действий.

3. Принципы дружественного подхода в работе центров здоровья молодежи

В идеале любая организация здравоохранения, оказывающая услуги связанные с охраной здоровья, должна быть доступной, добровольной и т.д. Кроме того, необходимо понимать, что взрослый человек сам может влиять на качество предоставляемых услуг и соблюдение конфиденциальности и выбирать учреждение, исходя из своих возможностей. Для подростка это намного сложнее. Его легче «отпугнуть» от получения медицинского сервиса, чем привлечь. Все принципы работы ЦЗМ пресекаются и дополняют друг друга, они являются основой, на которой строится ЦЗМ.

Доступность

Под реализацией принципа доступности понимается такая организация структуры ЦЗМ, при которой молодой человек имеет реальную возможность получения услуг: простоту процедуры обращения, безвозмездность услуг или приемлемость их цены, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую интересующую информацию.

Добровольность

Под реализацией принципа добровольности мы подразумеваем создание условий, располагающих молодого человека к самостоятельному, осознанному обращению в ЦЗМ и участию в ее деятельности, а также проявление доброй воли в выборе услуг КДМ.

Доброжелательность

Под реализацией принципа доброжелательности мы подразумеваем такую организацию работы КДМ, при которой молодой человек будет получать максимально доброжелательное от-

ношение со стороны персонала клиники, основанное на понимании и принятии особенностей подростка, уважении, терпимости, соблюдении конфиденциальности и поддержке в выражении собственного мнения.

Сравнительная характеристика представлений подростков и молодежи и врачей об основных принципах дружественного подхода в области консультирования по вопросам репродуктивного здоровья.

Обобщая спектр различных высказываний респондентов относительно принципов дружественного подхода в работе с подростками, можно выделить следующие основные позиции:

Для экспертов-медиков принципы дружественного подхода означают	Для подростков принципы дружественного подхода означают
Доступность медицинских услуг	
▪ бесплатная возможность получить необходимую диагностику, включая лабораторные анализы по современным методикам; ▪ бесплатная возможность посетить любого узкого специалиста в консультационно-диагностическом центре; ▪ бесплатные лекарства (высококачественные) для подростков и определенных групп молодежи).	▪ наличие информации о том, где можно получить консультацию и помощь; ▪ анонимность и конфиденциальность обслуживания; ▪ бесплатный характер предоставления консультации и социально-медицинских услуг.
Добровольность социально-медицинского обслуживания	
▪ отсутствие принудительной (обязательной) диспансеризации и постановки на учет; ▪ преобладание консультационной практики над лечебно-диагностической; ▪ акцент на убеждение, разъяснение, информирование, а не на административные меры привлечения подростка к обязательным профосмотрам и посещению врача.	▪ отсутствие принудительных профилактических медосмотров; ▪ конфиденциальность и не разглашение диагноза в школе и семье подростка; ▪ врач должен убедить, все хорошо и доступно объяснив, а не действовать как полицейский, объявляя подростка в розыск.
Доброжелательность к молодежи и подросткам	
▪ необходимость установления с подростком психологического контакта, которое заключается в предварительной беседе с ним о его жизни и проблемах, которые привели к врачу; ▪ уважение личности и прав подростка, корректное, тактичное отношение к его ситуации («нельзя ругать и унижать подростка», «получилось, так получилось»); ▪ необходимость все объяснить подростку, рассказать ему о всех нюансах его проблемы и лечения, убедить в необходимости довести его до конца.	▪ внимательное отношение к его проблемам и жалобам, умение выслушать, найти подходящие слова, завоевать доверие подростка; ▪ искреннее стремление врача помочь подростку наилучшим образом, обследовать его, направить к узким специалистам, назначить хорошее лечение, которое индивидуально подходит ему; ▪ общительность врача, наличие чувства юмора и уважительное отношение к личности подростка.

Критерии эффективности работы центра

Для эффективной работы центра необходимо проводить регулярную оценку потребностей подростков и молодежи. Основным методом сбора информации является анкетирование. Оно позволяет выявить проблемы молодых людей, оценить их установки в отношении репродуктивного здоровья и сексуального поведения, изучить возможность доступа к консультативной и медицинской помощи в области охраны репродуктивного здоровья, определить предпочтительные формы получения помощи, организовать необходимые направления в деятельности центра.

Критериями эффективности работы центра могут быть как качественные так и количественные показатели.

Показателем высокого качества обслуживания служат повторные обращения к специалистам центра.

Оценить качество оказываемой помощи можно с помощью мини-анкет, которые заполняются после посещения центра. Анкеты должны содержать не более 4–5 вопросов, чтобы процедура заполнения занимала не более 1–2 мин. В них необходимо предусмотреть несколько вариантов ответов. Вопросы могут быть следующего содержания: «Получили ли Вы помощь, на которую рассчитывали?», «Была ли доверительная атмосфера между Вами и консультантом ?», «Придете ли Вы еще раз на консультацию в центр, если у вас появится новая проблема?, «Посоветуете ли Вы прийти своему другу в центр?» (пример анкеты в приложении 1).

Количественными показателям деятельности центра могут быть:

Количество выявленных заболеваний и нарушений функций половой системы, распространенность ИППП, количество подростковых беременностей и абортов.

К количественным показателям процесса консультирования также относятся:

- число проконсультированных подростков по полу;
- число проконсультированных взрослых;
- число подростков по полу, перенаправленных к другим специалистам.

Количественными показателями деятельности центров также могут быть:

- число информационных и просветительских молодежных акций и количество их участников;
- число обучающих семинаров и число принявших участие педагогов, социальных педагогов, психологов, педиатров, акушер-гинекологов, урологов и других специалистов;
- число лекций, бесед, тематических встреч с подростками и молодежью в учебных заведениях, общежитиях, число слушателей по полу;
- сотрудничество со средствами массовой информации: число выступлений по телевидению, радио, число статей в газетах;
- число разработанных и распространенных информационных материалов (буклеты, брошюры и др.).

1.5. Развитие услуг, дружественных молодежи, и создание центров здоровья молодежи в Республике Беларусь

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Республике Беларусь, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) совместно с Министерством здравоохранения начиная с 2000 г. реализовал ряд проектов и инициатив по расширению доступа подростков и молодежи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья. Одним из результатов такой деятельности явилось создание Центров здоровья молодежи и центров, дружественных подросткам, в республике.

ЦЗМ были открыты в 5 областных центрах (Гомель, Гродно, Витебск, Могилев), в г. Солигорске, Светлогорске, Пинске и Жлобине и в г. Минске. В 23 городах Минской области были открыты кабинеты услуг, дружественных молодежи. (Полный список центров см. в Приложении 3).

Основываясь на полученном опыте, можно представить следующую модель создания Центров здоровья молодежи в Республике Беларусь.

Основание для работы

Центр может быть создан как на базе амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (Гомель, Гродно, Витебск, Минск, Солигорск, Светлогорск), обслуживающих детское и взрослое население, так и на базе лечебно-диагностических (Могилев). Основанием для создания центра является приказ областного/районного управления или городского комитета здравоохранения. Составной частью приказа о создании центра является «Типовое положение о Центрах здоровья молодежи», утвержденное Министерством здравоохранения Республики Беларусь, включающее в себя принципы организации и оказания консультативной и медицинской помощи подросткам и молодежи в области репродуктивного здоровья в вышеуказанных центрах (Приложение 2). Центр работает на функциональной основе, исключение составляют центры, открытые в г. Минске, там для работы центра создано отдельное штатное расписание.

Для успешной и устойчивой работы центров должно быть выделено штанное расписание и обеспечено регулярное финансирования.

Объем услуг и целевая группа

В центре подросткам и молодежи оказывается информационная (просветительная), консультативная, диагностическая и лечебная помощь по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, формирования навыков здорового образа жизни. Кроме того, в центры на прием могут прийти родители и специалисты других ведомств, работающих с подростками и молодежью, чтобы решить вопросы по урегулированию межличностных отношений, повысить уровень своих знаний по половому созреванию и психологическим особенностям подростков, развитию у них поведенческих навыков, способствующих сохранению здоровья.

Практика показала:

- важным моментом работы центра, востребованности его услуг, является возможность предоставлять, хотя бы на пилотной основе, такие базовые виды помощи в области охраны репродуктивного здоровья: как распространение презервативов; тестирование (в том числе экспресс-тесты) на беременность, экстренная контрацепция, диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем;
- помещения центров должны использоваться только для работы центра. Помещения следует располагать в отдельном крыле здания; наличие отдельного входа желательно. В центре должен иметься как минимум один кабинет для консультирования, один или несколько врачебных кабинетов, комната для групповых занятий и вестибюль для ожидания приема. Наличие постоянных помещений в базовой организации здравоохранения крайне важно с точки зрения обеспечения *комфортной обстановки* для молодых людей, важной составляющей комфорта также является наличие молодежного интерьера.

Персонал

В центре обязательно должны работать: врач гинеколог, уролог и психолог (психотерапевт). При наличии потребности, в некоторых центрах ведут приемы дерматовенерологи, валеологи, наркологи. Если речь идет об открытии кабинета по консультированию, то обязательным является наличие психотерапевта или психолога. Все специалисты должны пройти обучение навыкам консультирования подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья.

График работы

Специалисты центров ведут прием в определенные дни недели по несколько часов в день. Возможна организация работы таким образом, когда прием специалистов ведется в 2 смены по графику 5 рабочих дней в неделю. Основанием для количества рабочих часов является посещение/спрос подростков и молодежи на услуги центра.

Прием во всех центрах осуществляется по предварительной записи и при непосредственном обращении. В центрах организована работа стационарного и мобильного «телефонов доверия» — куда подростки обращаются за информацией по тем или иным вопросам репродуктивного здоровья, психо-социальным проблемам, а также для записи на прием к специалистам центра.

Для повышения информированности подростков и молодежи о деятельности центров были разработаны флаеры, содержащие адрес центра, график приема специалистов, в том числе номера кабинетов, номера горячей телефонной линии; буклеты по вопросам репродуктивного здоровья юношей и девушек; разработаны и записаны социальные видеоролики для всех областных центров.

Практика показывает, что создание центра, работающего полную рабочую неделю по 8 часов в день, экономически оправдано только в городах с населением не менее 500 000 человек.

Анализ посещений центров представляет следующие основные направления, по которым подростки и молодежь обращаются в центры:

- проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем и сексуальным поведением, — 47–50%;
- трудные жизненные ситуации, нарушение межличностных отношений — 40–44%;
- физиология полового развития и соматическое здоровье — 5%;
- рискованное поведение (вредные привычки, прием наркотиков), формирование навыков здорового образа жизни — 4 — 5%.

Около 70% посетителей составляют девушки. Наиболее посещаемые врачи — психолог и гинеколог: 85 % консультаций.

1.6 Закрепление материала

1.7 Подведение итогов занятия

Преподаватель напоминает, что реализация принципов дружественного подхода является залогом успешного консультативного процесса. Перечисляет основные цели создания центров, с учетом потребностей подростков.

Приложение 1

Анкета для опроса посетителей Центра здоровья молодежи

Центр здоровья молодежи и Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) изучают мнение посетителей центра здоровья молодежи о качестве услуг и консультаций, предоставляемых на базе центра. Мы будем признательны за твои искренние ответы на вопросы анкеты. Мы гарантируем анонимность (фамилию указывать не надо), так как результаты опроса будут использованы только в обобщенном виде.

Заранее благодарим тебя за искренние ответы!

Во время консультации доктор был доброжелателен?:

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

Твое право на конфиденциальность было соблюдено/обеспечено?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

Как тебе показалось, врач (доктор) знает и понимает нужды и потребности молодежи?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

4. Как ты считаешь, продолжительность консультации была достаточной?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

5. Были ли понятны тебе рекомендации, которые врач давал во время беседы? (Врач говорил с тобой на понятном языке?)

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

6. Осуждал ли врач тебя или твое поведение?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

7. Был ли врач открыт к беседе, отвечал ли на твои вопросы?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

8. Информация, которую врач предоставил во время консультации, тебе понятна и полезна?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

9. Рекомендовал ли врач повторное посещение? Если да, назначил ли время? (Информация о необходимости повторного посещения предоставлена и ясна):

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

10. Центр работает в удобное для тебя время?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

11. Центр расположен в удобном для тебя месте?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

12. Нравится ли тебе декор и окружающая обстановка?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

13. Как ты считаешь, кабинет врача обеспечивает твою конфиденциальность?

а) Да б) Нет

Твои комментарии: _____

_____

14. Как ты узнал(ла) о центре:

_____

_____

Сообщи, пожалуйста, некоторые сведения о себе

14. Твой пол:

а) Мужской б) Женский

15. Твой возраст: _____ лет

16. Ты учишься или работаешь?:

а) Учусь б) Работаю

Приложение 2

ПОЛОЖЕНИЕ
о Центре здоровья молодежи

1. Общие положения

1.1. Центр здоровья молодежи (далее Центр) предназначен для оказания информационно-консультативной, диагностической и лечебной помощи подросткам и молодежи по репродуктивному здоровью, психологической помощи, формированию здорового образа жизни.

1.2. Медицинская помощь подросткам и молодежи в Центре оказывается в соответствии с действующей нормативной и законодательной базой Республики Беларусь.

1.3. В своей деятельности Центр руководствуется Законом о здравоохранении Республики Беларусь, Государственными и отраслевыми программами, нормативно-правовой базой Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

1.4. Финансирование Центра осуществляется в пределах выделенных средств на содержание организации здравоохранения, а также финансирования, полученного от международных организаций.

1.5. Центр организуется на базе организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь детскому или взрослому населению в амбулаторно-поликлинических условиях, в диагностическом центре или в любой другой организации здравоохранения и располагается в помещениях, имеющих отдельный вход от основного потока пациентов.

1.6. В состав Центра должны входить не менее 2 кабинетов специалистов: кабинет акушер-гинеколога и психолога, оборудованных в соответствии с нормативными требованиями. В зависимости от возможностей организации здравоохранения, на территории которой размещается Центр, в его составе могут быть кабинеты других специалистов (андролога, уролога и др.) консультативный кабинет, кабинет репродуктивного здоровья и современной контрацепции, кабинет по формированию здорового образа жизни и другие функциональные кабинеты, учебная комната.

1.7. Базовая организация здравоохранения с учетом средств, выделяемых ЮНФПА в рамках совместного проекта, обеспечивает Центр оборудованием и аппаратурой, коммунальными и прочими условиями функционирования помещений Центра.

1.8. В штатное расписание Центра должны входить руководитель Центра, не менее двух специалистов. В зависимости от возможностей организации здравоохранения, на территории которой размещается Центр, количество специалистов, работающих в Центре, может быть увеличено.

1.9. Комитет по здравоохранению Мингорисполкома, управления здравоохранения (охраны здоровья) облисполкомов обеспечивают организационную, информационную и консультативно-методическую помощь, оказывают содействие деятельности Центра, в том числе по сотрудничеству с учреждениями образования и другими государственными и общественными организациями.

1.10. Центр составляет отчеты о своей деятельности, обеспечивает их представление в комитет (управление) в установленные сроки. На уровне республики отчеты направляются в ресурсный центр.

1.11. Изменения по организации деятельности, штатному расписанию и другим вопросам функционирования Центра осуществляются на основании приказа главного врача организации здравоохранения, на территории которой расположен Центр.

1.12. Особенностью деятельности Центра является формирование у подростков и молодежи осознанного отношения к своему здоровью.

2. Цель организации и функционирования Центра

Целью организации и функционирования Центра является сохранение и укрепление репродуктивного здоровья подростков и молодежи, оказание подросткам и молодежи психологической помощи.

3. Задачи Центра

3.1. Повышение качества предоставляемых медицинских услуг подросткам и молодежи в области репродуктивного и психического здоровья.

3.2. Повышение уровня знаний подростков и молодежи по вопросам:

- здорового образа жизни;
- репродуктивного здоровья, включая профилактику ИППП/ВИЧ.

3.3. Формирование мотивации к использованию полученных знаний и навыков для изменения собственного поведения.

3.4. Приобретение навыков здорового образа жизни, ответственного социального и сексуального поведения.

3.5. Обучение специалистов навыкам консультирования подростков и молодежи по вопросам формирования здорового образа жизни, репродуктивного здоровья, психологической помощи.

4. Основные направления деятельности Центра:

4.1. Консультирование подростков и молодежи по вопросам:

- здорового образа жизни;
- репродуктивного здоровья;
- ответственного репродуктивного поведения;
- современных методов контрацепции;
- психогигиены половой жизни.

4.2. Оказание психологической и медицинской помощи подросткам и молодежи:

- определение состояния здоровья репродуктивной системы,
- диагностика и сопровождение беременности, включая психологическую поддержку;
- профилактика, диагностика и лечение ИППП регламентированными методами;
- психологическая помощь в случае кризисных психологических состояний, а также при нарушениях в психической сфере и изменениях поведения при злоупотреблении алкоголем, наркотическими веществами, токсикомании;
- консультирование по вопросам взаимоотношений между подростками, подростками и их родителями и другим проблемам, значимым для подростков и молодежи.

4.3. Консультирование сопричастных лиц (родителей и педагогов).

4.4. Разработка и обеспечение подростков и молодежи современными информационно-инструктивными материалами по вопросам здорового образа жизни, современной контрацепции, профилактики ИППП, рискованного поведения.

4.5. Обучение первичного звена и врачей-специалистов, социальных педагогов учреждений образования навыкам консультирования подростков и молодежи.

4.6. Активная пропаганда здорового образа жизни с использованием разнообразных форм и методов работы (акции для молодежи, конкурсы, викторины, КВН и т.д.) с привлечением СМИ.

4.7. Создание банка данных по структуре обращений подростков и молодежи в Центр.

4.8. Сотрудничество с волонтерами для пропаганды и формирования навыков здорового образа жизни у подростков и молодежи, ответственного репродуктивного поведения.

4.9. Внедрение новых технологий по навыкам консультирования подростков и молодежи по вопросам формирования здорового образа жизни, репродуктивного здоровья, коммуникативным навыкам.

4.10. Участие в научно-практических конференциях по проблемам репродуктивного здоровья, публикация учебно-методических разработок, научно-практических пособий и научных работ.

5. Принципы оказания консультативной и медицинской помощи в Центре.

5.1. Бесплатность. Любые виды помощи (консультирование, психологическая и медицинская помощь) оказываются в Центре бесплатно.

5.2. Доступность. Обеспечивается приемом подростков и молодежи в удобное для них время, оповещением о функционировании Центра путем рекламы в СМИ, распространения визиток и рекламных буклетов в школах, поликлиниках и других общественных местах.

5.3. Добровольность. Любое обращение подростков и молодежи или членов их семьи должно быть добровольным.

5.4. Доброжелательность. Консультирование подростков и молодежи осуществляется специалистами, обученными навыкам психологического общения.

5.5. Доверительность. Особенности психологии нуждающихся в помощи подростков и молодежи предполагают как обязательный компонент отношений доверие к консультанту. Поэтому важным является подбор специалистов, знающих психологию подростков и молодежи.

5.6. Конфиденциальность. При возникновении необходимости информирования родителей (для соблюдения правовых норм) подросток должен быть об этом заранее предупрежден и подготовлен.

5.7. Анонимность. Обратившийся в Центр может указать свои полные паспортные данные или, по его желанию, любое имя. Для заполнения учетной документации указывается пол и возраст.

5.8. Универсальность помощи. Подростки и молодежь должны найти понимание и помощь по всем проблемам, с которыми они обратились в Центр.

6. Структура Центра

6.1. Состав и численность вспомогательного персонала устанавливается главным врачом базовой организации Центра 6.1. Организацию работы Центра обеспечивает руководитель Центра, который назначается приказом главного врача базовой организации здравоохранения.

6.2. Руководитель Центра имеет право разрабатывать и представлять в установленном порядке предложения по усовершенствованию организационной и функциональной структуры Центра, его кадрового, материально-технического, информационного и методического обеспечения.

6.3. В своей работе сотрудники Центра руководствуются должностными инструкциями, утвержденных главным врачом базовой организации здравоохранения.

6.4. Консультативно-лечебная группа специалистов Центра, в зависимости от возможностей базовой организации здравоохранения, включает врачей акушера-гинеколога, уролога, андролога, подросткового врача, валеолога, психолога и других специалистов. При необходимости для оказания консультативной и лечебной медицинской помощи могут привлекаться специалисты других профилей (эндокринолог, дерматовенеролог, нарколог и др.), прошедшие необходимую подготовку по основам консультирования.

6.5. Сотрудники Центра являются штатными сотрудниками базовой организации здравоохранения или могут привлекаться для оказания консультативной и лечебной помощи на правах совместительства.

6.6. Решение о материальном поощрении сотрудников Центра принимает главный врач базовой организации здравоохранения по представлению руководителя Центра.

7. Организация работы Центра

7.1. Центр работает по графику, установленному главным врачом базовой организации здравоохранения по согласованию с руководителем Центра.

7.2. График работы Центра должен обеспечивать доступность оказания консультативной и лечебно-диагностической медицинской помощи.

7.3. Консультативная и лечебно-диагностическая медицинская помощь в Центре оказывается подросткам и молодежи, а также школьникам без возрастных ограничений.

7.4. Консультативная и лечебно-диагностическая медицинская помощь в Центре может оказываться при самостоятельном обращении независимо от места проживания или по направлению специалистов организации здравоохранения.

7.5. Прием специалистов в Центре осуществляется по предварительной записи, а также в порядке очередности.

7.6. Консультативная помощь в Центре оказывается родителям и педагогам как вместе с подростком (по его желанию), так и без него.

7.7. В случае необходимости специалисты Центра направляют подростков и молодых людей в другие организации здравоохранения (для прерывания беременности, диагностики и лечения отдельных ИППП и оказания других видов помощи).

7.8. Специалисты Центра обеспечивают по медицинским показаниям направление на госпитализацию подростков и молодежи с заболеваниями по профилю работы Центра.

7.9. Специалисту Центра на прием одного посетителя, независимо от цели обращения, первичного или вторичного приема, выделяется не менее 30 минут.

7.10. Сотрудниками Центра ведется учет всех обратившихся за консультативной и лечебно-диагностической помощью в соответствии с утвержденной в установленном порядке учетной документацией.

Приложение 3

Список Центров здоровья молодежи, центров, дружественных подросткам

Брестская область

НАДЕЖДА

Филиал «Детская поликлиника» 225710
г. Пинск ул.Завальная, 18.
Тел.: 8-0165-35-16-58
Факс: 8-0165-33-13-15
Пон.-пят.: 8.00-19.00
pinsk-dpol@tut.by

Витебск

Детская поликлиника № 2, ГУЗ «ВГЦКБ»
210604, г. Витебск, ул. Чкалова, 14в.
Тел.: 22-24-71

Гомель

Филиал №3 Учреждения здравоохранения
«Гомельская центральная городская
детская поликлиника»
(бывшая 7-я детская поликлиника)
246036, г. Гомель, ул. Быховская, 108.
Тел.: 47-91-43

Гомельская область

«НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ»

Детская поликлиника
г. Светлогорск,
ул. Луначарского, 92.
8-02342-2-69-42
Подростк. кабинет
Пон.-Пят.: 11.00–19.00
Суб.: 9.00–12.00

«ВЕТРАЗЬ»

Детская поликлиника
220000, г. Жлобин.
Ул. Воровского, 1.
Факс: 8-02334-3-19-48 (для Плетежовой)
Тел.: 8-02334-2-28-29
Пн.: 08.30–12.00
Вт.-чт.: 15.50–18.00
Ср.-пт.:15.50–18.00

Гродно

Детская поликлиника №3

филиала «Гродненская городская
детская поликлиника №1» УЗ «ГЦГП»
320009 г. Гродно, ул. Островского 17.
Тел.: 72-19-77

Минск

«УСПЕХ»

23 городская детская поликлиника
Минск, ул. Герасименко, 22, корп. 2.
Тел.: 242-15-73
Пон.-Пят.: 8.00–20.00
23child@mail.belpak.by

«ДОВЕРИЕ»

8 городская детская поликлиника
Минск, ул. Есенина, 66, к. 154.
Тел.: 272-22-94
Пон.-Пят.: 8.00–20.00
lpu8gdp@mail.belpak.by

«ЮНИКС»

26 городская поликлиника
Минск, ул.Кунцевшина, 8.
Тел.: 315-54-38
Пон.-пят.: Чет. 1 смена — 08.00–14.00
Нечет. 2 смена — 14.00–20.00
gorpol 26 mn@l.mail.ru

«ГАЛС» 2005 г.

13 городская детская
клиническая поликлиника
Минск, 220115, ул. Кижеватова,60, корп. 1.
Тел.: 278-41-12
Пон.-пят.: 8.00–20.00
lpu13gdp@mail.belpak.by

«ВМЕСТЕ»

11 городская детская поликлиника
Минск, 220141
ул. Никифорова 5, к.124.
Тел.: 260-36-39
Пон.-пят.: 8.00–20.00
lplu11gdp.@ mail.belpak.by

«ЮВЕНТУС»

17-я городская детская
клиническая поликлиника
220131, г. Минск ул. Кольцова, 53, корп. 1.
Тел.: 261-02-19
Пон.-пят.: 8.00–20.00
17kgdp@mail.belpak.by

«СИНЯЯ ПТИЦА»

4-ая городская поликлиника
220020, г. Минск, пр. Победителей, 93.
Тел.: 250-64-00
Пон.-пят.: 12.00–19.00
medic 4@tut.by

Минская область

Вилейское РТМО

г. Вилейка, ул. Маркова 27.
Тел. горячей линии: 5-64-51

Борисовское территориальное медицинское объединение

Центр здоровья молодежи «Доверие»
г. Борисов, ул. 50 лет БССР, 27.

Слуцкое РТМО

г. Слуцк, ул. Чайковского, 21.
Тел. горячей линии: 5-31-10

Молодеченское ТМО

г. Молодечно, ул. Ф. Скорины, 5.
Тел. горячей линии: 4-71-91

Жодинское ГТМО

г. Жодино, ул. 50 лет Октября, 17.
Тел.: 3-48-46

“Доверие” Борисовское ТМО

г. Борисов, ул. 50 лет БССР, 27
Тел. горячей линии: 005
Пон.-пят.: 10.00–18.00

Дзержинское РТМО

г. Дзержинск, ул. Октябрьская, 72.
Тел.: 5-44-58

ГУ «Березенское РТМО»

г. Березино, ул. Марии Романович, 6.
Тел.: 5-21-00
Пон.-пят.: 08.00–16.00

УЗ «Любанская ЦРБ»

г. Любань, ул. Первомайская, 97а.
Тел.: 5-53-36
Пон.-пят.: 08.00–16.00

УЗ «Несвижская ЦРБ»

г. Несвиж, ул. Сырокомли, 29.
Тел.: 5-51-41
Пон.-пят.: 08.00–6.00

ГУ «Столбцовское РТМО»

г. Столбцы, ул. Ленинская, 164.
Тел.: 5-46-43
Пон.-пят.: 08.00–19.00
Суб.: 08.00–13.00

Центр здоровья молодежи

г. Солигорск, ул. Коржа, 1.
Тел.: 2-11-22

Могилев

Центр здоровья молодежи «Диалог»
УЗ «Могилевский областной
диагностический центр»
г. Могилев, ул. Первомайская, 59.
Тел.: 22-30-36

ЗАНЯТИЕ 2

Правила работы в группе. Введение в консультирование

Вид занятия: комбинированное:
- теоретическое занятие с элементами проблемного обучения;
- практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: изучить основные этапы психологического «раскрытия» клиента, правила построения межличностных отношений.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- правила работы в группе;
- основные этапы психологического «раскрытия» клиента;
- правила построения отношений между консультантом и клиентом;

б) должны уметь:
- применять правила построения отношений между консультантом и клиентом.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;
3. Доска с перекидными страницами;
4. Чистые листы бумаги А4;
5. Беджики;
6. Маркеры.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
2.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
2.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
2.3	Знакомство участников семинара.		5 мин
2.4	Определение правил работы в группе.	Беседа	10 мин
2.5	Выявление ожиданий от семинара.	Беседа	5 мин
2.6	Интервьюирование участников семинара.	Упражнение («Интервью журналиста»)	20 мин
2.7	Изучение темы «Введение в консультирование». Вопрос темы: 1. Особенности личности клиента, межличностные отношения.	Лекция (презентация)	20 мин
2.8	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	15 мин
2.9	Подведение итогов занятия.		5 мин

2.1 Организационный момент

2.2 Актуальность темы

Консультирование подростков в области репродуктивного здоровья является одним из наиболее эффективных путей оказания практической помощи подрастающему поколению. В этой связи для процесса консультирования является важным как передача самих знаний подростку, так и то, каким образом и кто будет оказывать эту консультативную помощь.

Умение располагать к себе и общаться с другими людьми является важным во всех сферах

жизни — на работе и в школе, дома и на отдыхе — везде мы ведем себя сообразно правилам и нормам человеческого общения. Важно не только знать эти правила, но и соблюдать их. Также необходимо уметь применять в жизни навыки конструктивного общения, которые позволяют избежать лишней напряженности в отношениях и помогают людям достигнуть личностного самораскрытия.

2.3 Знакомство

Преподаватель предлагает участникам семинара написать свои имена на бэджиках и табличках из листов бумаги и поставить их перед собой, представиться группе тем именем, каким в дальнейшем они хотели бы, чтобы к ним обращались в процессе семинара.

2.4 Определение правил работы в группе

Преподаватель предлагает участникам семинара выработать правила работы в группе, соблюдение которых позволит им в течение всего семинара чувствовать себя комфортно. Это также будет способствовать повышению эффективности групповой работы и созданию благоприятной атмосферы. Для этого он обращается к участникам с вопросом: «Соблюдение каких условий и правил поможет Вам в дальнейшей совместной работе?». Каждое предложение выносится на обсуждение группы и при согласии всех членов группы записывается на большом листе.

Преподаватель стимулирует обсуждение, помогая наводящими вопросами перейти от предложения правил формального характера («не опаздывать») к формулировкам, затрагивающим принципы и форму групповой работы, например, «не оценивать», «право быть услышанным». Основополагающим перечнем правил, соблюдение которых принципиально и обязательно, должны быть следующие:

Основные правила работы в группе

1. Говорить только от своего имени: «Я думаю, я чувствую, я хочу и т. д.»;
2. Не оценивать. Нельзя давать оценку выступления другого, если он сам об этом не попросит;
3. Уважать право других быть услышанным;
4. Лучше промолчать, чем говорить не то, что думаешь;
5. Не существует правильных и неправильных ответов. Правильный ответ тот, который выражает личное мнение;
6. Использовать принцип «здесь и сейчас».

Перечень всех зафиксированных правил должен постоянно находиться на глазах у участников группы, которые могут к нему обращаться и апеллировать во время работы. В дальнейшем преподаватель и участники семинара имеют возможность в ситуациях нарушения правил избегать замечаний от своего имени, призывая слушателей соблюдать совместно выработанные и записанные правила работы в группе.

2.5 Выявление ожиданий

Преподаватель предлагает участникам семинара написать на бумаге свои ожидания от семинара и сомнения, высказываясь по схеме: «Мне хотелось бы, чтобы на семинаре…».

2.6 Упражнение «Интервью журналиста»

Преподаватель предлагает провести упражнение, которое позволит создать непринужденную атмосферу вначале семинара, познакомиться друг с другом, придать семинару доброжелательный конструктивный характер.

Упражнение проводится в парах. В течение 5-10 минут участники берут интервью друг у друга об их жизни (семья, профессиональная деятельность, взаимоотношения на работе и др.) — сначала один, затем другой, меняясь ролями. За временем следит преподаватель.

После этого участники возвращаются в круг и представляют друг друга (как участники ТВ-передачи). После каждой презентации участника преподаватель обязан каждому задать вопрос нейтрального характера (как отдыхает в свободное время, любимая книга, предпочитаемые цветы и т. д.).

После того, как каждый участник выступит, преподаватель задает вопрос: «В какой ситуации они испытывали дискомфорт? Когда они спрашивали, когда отвечали, когда они представляли, когда о них говорили?». Далее преподаватель обобщает ответы участников семинара.

2.7 Введение в консультирование

Особенности личности клиента, межличностные отношения

Клиенты, приходящие на консультативный прием, отличаются по характеру, темпераменту, возрасту, полу — они все разные, и каждый из них испытывает разные трудности. Одни — когда говорят, другие — когда о них говорят. Поэтому пациенты, приходящие на прием к консультанту, не только имеют проблемы, например, в области репродуктивного здоровья, но и могут испытывать трудности с изложением этих проблем.

Выделяется несколько сфер, в который человек сталкивается с проблемами: профессиональная, семейная, личностная. В этой связи существует различная очередность возможного изложения своих проблем консультанту.



Приходя на консультацию, клиент может вначале рассказать о своей профессиональной сфере, как наиболее нейтральной для него и для его внутреннего «Я» (где работает, с кем, какие отношения складываются на работе).

Клиент. Я первый раз на такой консультации и не знаю с чего начинать.
Консультант. Расскажи немного о себе, Наташа. *(побуждение к дальнейшему самораскрытию)*
Клиент. Я учусь в 10 классе. Мне 15 лет. У меня много друзей и разных увлечений.
Консультант. Хорошо. *(выражение понимания и заинтересованности)*
Далее подросток может «пустить» консультанта во вторую сферу — т. е. рассказать о себе, где проводит свободное время, каковы его увлечения, хобби.
Клиент. Я достаточно общительна. Правда есть ситуации, в которых я испытываю дискомфорт.
Консультант. Что ты имеешь в виду? (открытый вопрос)
Наиболее закрытой является сфера семейных отношений и связанных с ней вопросов. Если за кругом находятся вопросы внешнего и формального характера, то обсуждение вопросов из областей, относящихся к внутренним переживаниям, зависит исключительно от желания самого клиента. Это — прерогатива самого человека, будь он взрослый или же подросток.
Клиент. Когда мои подруги начинают обсуждать свои отношения с ребятами, я чувствую себя «белой вороной». Мне не о чем рассказать.
Консультант. А что значит «белой вороной»? (уточнение неопределенного высказывания, углубление в более интимную сферу).

Следует отметить, что в свой мир любой человек волен допускать или не допускать. Это значит, что мы можем позволять познавать свой внутренний мир, но лишь в той мере, насколько мы этого хотим — нельзя ходить в гости без приглашения, пока нас не позовут, не попросят о помощи, не спросят совета, не расскажут о себе.

Этим правилам необходимо следовать и консультанту — он не должен «вламываться» в те сферы, куда его не пускает клиент. Шаг за шагом необходимо самораскрытие клиента. При консультировании следует помнить, что подростки очень ранимы.

2.8 Закрепление материала

2.9 Подведение итогов занятия

При подведении итогов повторяется необходимость придерживаться на семинаре совместно выработанных «Правил работы в группе», подчеркивается важность умения общаться в жизни и устанавливать контакт с клиентом, пришедшим на консультацию.

ЗАНЯТИЕ 3

Психодинамика консультирования

Вид занятия: комбинированное:
теоретическое занятие с элементами проблемного обучения;
практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: изучить этапы консультативного процесса, сформировать представление об основных профессиональных качествах консультанта, необходимых условиях создания благоприятного климата при консультировании со стороны консультанта.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- определение понятия «консультирование»;
- этапы процесса консультирования и их сущность;
- основные качества, которыми должен обладать консультант;
- условия, необходимые для создания благоприятной атмосферы при консультировании со стороны консультанта;

б) должны уметь:
- установить контакт с клиентом;
- провести все этапы консультативного процесса.

Время занятия: 3 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;
3. Доска с перекидными страницами;
4. Маркеры.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
3.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
3.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
3.3	Создание благоприятной атмосферы.	Упражнение («Я желаю Вам»)	10 мин
3.4	«Испорченный телефон в рисунках».	Упражнение	20 мин
3.5	Изучение темы «Психодинамика консультирования» Вопросы темы: 1. Определение понятия «консультирование». 2. Этапы консультативного процесса. 3. Основные профессиональные качества консультанта. 4. Необходимые условия для создания благоприятного климата при консультировании со стороны консультанта.	Лекция (презентация)	70 мин
3.6	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	20 мин
3.7	Подведение итогов занятия.		5 мин

3.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

3.2 Актуальность темы

Процесс консультирования представляет собой последовательные действия консультанта, которые подчиняются определенной логике и законам. Достижение необходимого результата, выражающегося в оказании квалифицированной помощи, возможно лишь при активном участии самого клиента. В этой связи необходимо стремиться к установлению конструктивного взаимодействия и взаимопонимания в ходе консультирования.

3.3 Создание благоприятной атмосферы. Упражнение «Я желаю Вам...»

Преподаватель предлагает участникам семинара обратиться с каким-либо пожеланием к соседу, сидящему рядом, и демонстрирует это, обращаясь к одному из них, с пожеланием «хорошо провести сегодня вечер».

3.4 Упражнение «Испорченный телефон в рисунках»



Для упражнения требуется три добровольца, которые, после того как они определятся, выходят из аудитории. Оставшихся слушателей информируют о том, что необходимо на большом листе нарисовать шесть картинок. Рисовать их будет преподаватель по подсказкам аудитории (например, «домик», «солнышко», «яблоко», «грибок» и т. д.), главное, чтобы называемые предметы было легко нарисовать. Таким образом, рисуется шесть картинок на одном листе.

Приглашается первый человек, которому дается инструкция: «Сейчас Вам необходимо посмотреть и запомнить эти рисунки, после чего Вам нужно дать следующему участнику такие инструкции, чтобы он мог максимально точно изобразить то, что нарисовано на этом листе, т. е. рисунки должны быть максимально идентичны. Можно, как угодно давать необходимые пояснения. После того, как он начнет рисовать, Вы уже не можете ничего поправлять и дополнительно его инструктировать. Т. е., как только рисующий прикоснулся к бумаге, ему нельзя давать никаких указаний. После того, как первый предмет будет нарисован, следует объяснить, как нарисовать следующий (и так 6 изображений). После этого первый участник внимательно запоминает рисунки и лист переворачивается таким образом, чтобы не было видно предыдущих рисунков. Затем приглашается второй участник, и первый дает ему инструкции. После того, как все предметы будут изображены вторым участником, лист переворачивается и приглашается третий участник и т. д.

После завершения рисования все возвращаются на свои места. Далее начинается процесс обсуждения результатов. Преподаватель развешивает все листы в ряд.

В связи с наличием искажений по расположению, по форме, по другим особенностям нарисованных предметов аудитории задается вопрос: «Как Вы думаете, почему произошло такое искажение?». При этом предлагаются различные варианты ответов: «Надо было четче давать инструкции; виноват тот, кто давал инструкции...». Далее, как правило, группа не продвигается, несмотря на то, что имелись примеры, когда следовали очень детальные и подробные инструкции.

Затем следует задать вопрос: «Как можно было эту работу сделать лучше? Каким образом можно сделать по-другому? Каким образом можно улучшить результат, чтобы было меньше искажений?»

Как правило, группа отвечает: «Давать четкие инструкции». В этой ситуации инструктор говорит, что запрета на любые вопросы со стороны рисующего в инструкции не было. Просто никто не спрашивал. Также происходит в нашем общении — такой же эффект искажения информации. Один человек что-то говорит, другой полагает, что он знает, о чем говорит его собеседник.

Для анализа ситуации преподаватель разбирает пример сильного искажения и объясняет, что, помимо инструктора, должен быть активным и сам инструктируемый, так как в общении, чтобы не было искажения информации, должна быть обратная связь.



Внимание! Необходимо подчеркнуть, важнейшую особенность процесса консультирования: консультант должен слушать, о чем клиент говорит, и ни в коем случае ничего не добавлять от себя. Человек пришел со своей проблемой, со своим вопросом. И задача консультанта — узнать у него, в чем именно заключается его проблема, для того чтобы анализировать его ситуацию, а не свое представление о ситуации.

Следует подчеркнуть, что это — методика и принципы любого консультирования. Можно консультировать в различных сферах — в медицинской, юридической, психологической и др. Принципы и механизм консультирования в различных областях схожи.

3.5 Психодинамика консультирования

Определение понятия «консультирование»

Основная цель курса — развитие коммуникативных навыков слушателей для дальнейшей работы с молодыми людьми, у которых возникают трудности в различных аспектах жизни, включая сексуальное и репродуктивное здоровье.

Консультирование представляет собой процесс оказания квалифицированной помощи консультанта клиенту путем совместного изучения проблемы, ее анализа, поиска выхода из сложившейся ситуации и самостоятельного принятия клиентом решения о своих последующих действиях.

Цель консультирования — помочь клиенту:

- начать изучение своей проблемы и самого себя;
- содействовать достижению понимания клиентом самого себя и своей проблемы;
- в принятии решения о дальнейших действиях и осознания своей ответственности за их результат.

Основными этапами процесса консультирования являются:

- одинаковое понимание консультантом и клиентом проблем, которые нужно разрешить;
- анализ ситуации, в которой находится клиент;
- поиск альтернативных способов разрешения сложившейся ситуации.

Консультирование помогает человеку выбирать и действовать по собственному усмотрению, помогает обучаться новому поведению, способствует развитию личности, акцентирует ответственность клиента.

Наиболее оптимальная форма профессионального контакта взрослого и подростка — консультирование, подразумевающее форму помощи через межличностное общение. Оно не является психотерапией и не рассчитано на клиентов с психопатологией.

Консультирование — профессиональная деятельность, она отличается от советов, которые могут дать друзья или соседи. Профессиональная цель — выстроить отношение квалифицированного специалиста к клиенту, однако обычно представляется, что выстраиваются отношения «личность — личность».

Этапы консультативного процесса

Консультирование включает в себя три базовых блока.

Первый — одинаковое понимание консультантом и клиентом проблем, которые нужно решить, чтобы консультант говорил с клиентом «на одном языке», потому что, как только произойдет искажение, консультант не сможет дальше анализировать ситуацию.

Второй блок — анализ ситуации, в которой находится клиент.

Третий блок — поиск альтернатив выхода из сложившейся ситуации. Консультант способствует поиску возможных альтернатив. Выбор определенного способа решения проблемы и ответственность за сделанный выбор лежит на самом клиенте.

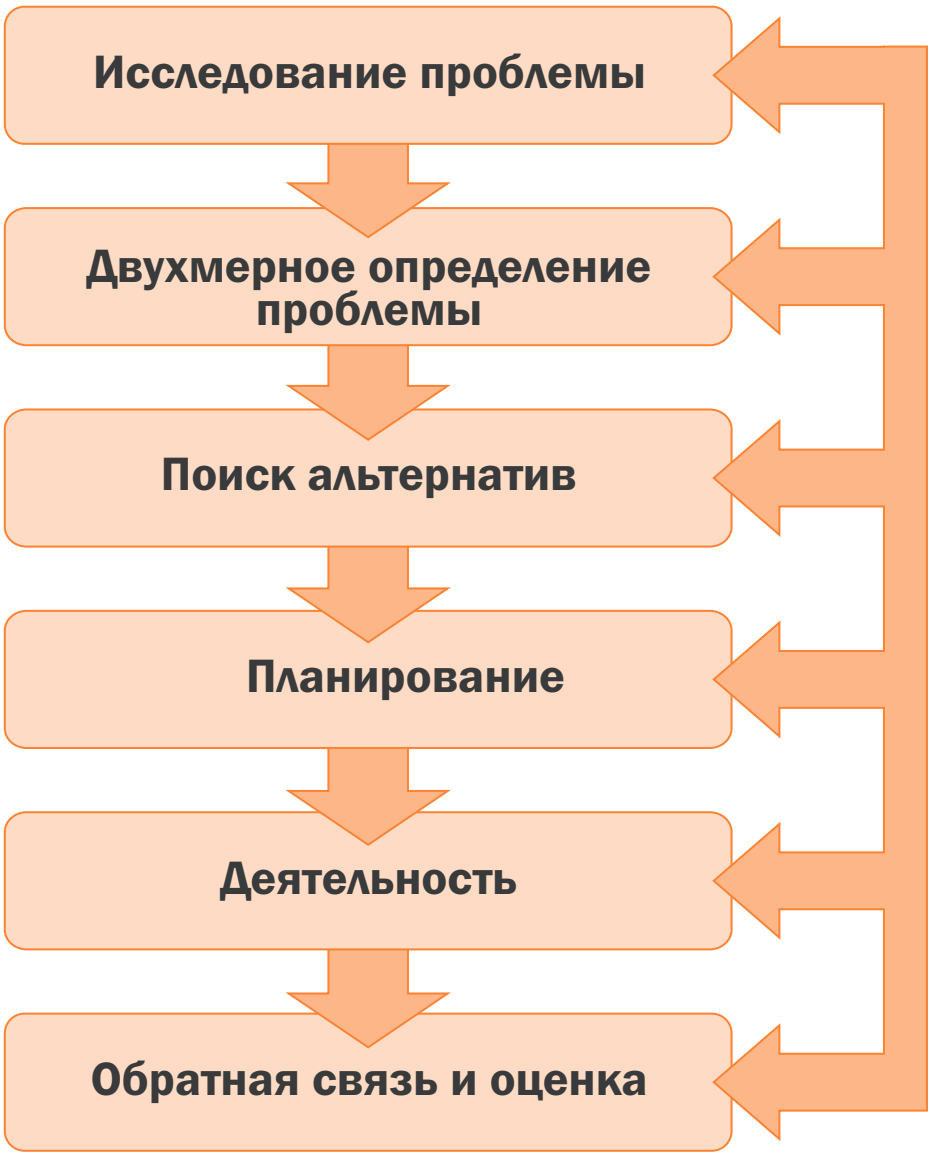
Задача консультанта — помочь подростку сделать осознанный выбор. Нужно помнить, что основой взаимоотношений с клиентом является не дружба, а профессионализм, доверие, уважение и стремление оказать помощь. Хороший контакт консультанта с клиентом является важным фактором эффективности консультирования.

Для определения критериев, определяющих качество консультирования, преподаватель обращается к аудитории с вопросом: «Был ли кто-то из них на консультации (сферы ее могут быть любые), которой он остался доволен?» При этом участникам семинара не надо рассказывать причину обращения, важна сама консультация. Необходимо спросить, как проходил процесс консультирования и сколько времени было затрачено.

Ответы берутся за основу анализа проведения качественной консультации, в том числе и в процентном соотношении времени, затраченном на вопросы, разбора ситуации и т. д.

Необходимо отметить, что подавляющее количество времени тратится на изучение проблемы, ее анализа, только потом идет поиск возможных альтернатив выхода из создавшейся ситуации.

Консультативный процесс состоит из шести этапов.



1) Исследование, в котором определяется основная проблема клиента, ситуация, которая его беспокоит и за помощью в решении которой он обратился.

2) Двухмерное определение проблемы, что означает, что консультант и клиент говорят «на одном языке», одинаково понимают проблему в двух измерениях — консультируемого и консультанта.

3) Поиск альтернатив решения проблемы клиента, когда выдвигаются различные варианты выхода из создавшейся ситуации.

4) Планирование: детализация плана реализации выбранной альтернативы. После данного этапа обязательно наступает временная пауза, необходимая для того, чтобы клиент предпринял усилия по выполнению своего плана.

5) Деятельность по реализации плана, включающая мероприятия по достижению намеченного плана.

6) Оценка и обратная связь, которая наступает в то время, когда клиент приходит повторно и рассказывает о своей деятельности.



Внимание! Все этапы с возвратными стрелочками, что означает постоянный контроль над адекватностью процесса консультирования. Например, консультант говорит, что «клиента тревожат такие-то и такие-то проблемы». А клиент отрицает — нет, не так. Это «нет» — сигнал к тому, что консультант плохо исследовал проблему и нужно срочно вернуться и исследовать ее дальше.

Следует помнить, что консультант не ищет пути решения проблемы, он только наводящими вопросами помогает клиенту выбрать альтернативы, подталкивает его к внутренней работе, в результате которой приходят собственные идеи, а они являются самыми ценными.

Если в процессе консультирования были заданы вопросы, которые должны помочь клиенту выдвинуть альтернативы, но он не может этого сделать, значит, неверно определена проблема либо произошло некорректное ее отражение.

Основные профессиональные качества консультанта

Для их определения преподаватель задает вопрос слушателям: «Какие качества помогают консультанту установить контакт с подростком?»

Затем преподаватель без комментариев записывает на листе бумаги то, что предлагают слушатели. Как правило, первым называют профессионализм, потом — внимание (необходимо уточнить у слушателей, что они понимают под этим). Ответ, как правило, стандартный: «Должен улыбаться, быть вежливым и т. д.»

В завершении обсуждения преподаватель называет **основные качества,** которыми должен обладать консультант для того, чтобы установить контакт с подростком и оказать ему профессиональную помощь**:**

- Эмпатия, сочувствие, сопереживание
- Уважение личности и безоценочное ее принятие
- Теплота, доброжелательность
- Искренность
- Конфиденциальность
- Самораскрытие

Эмпатия — это способность точно воспринимать состояние другого человека, способность к сопереживанию. Консультант с развитой эмпатией сосредоточен не только на высказываниях клиента, но и на его невербальных знаках поведения для того, чтобы более точно оценить эмоциональное состояние клиента. Во время взаимного общения консультант дает понять клиенту, что осознает как положительные эмоции, так и эмоциональный дискомфорт клиента.

Например: «Понимаю, Вы действительно несчастны и не знаете, как быть в сложившейся ситуации».

Эмпатическое понимание можно показать клиенту различными способами — молчанием, отражением чувств, точной метафорой, рассказывая какую-нибудь историю.

Уважение — это безусловное и безоценочное принятие клиента как целостной личности. Уважение не выдвигает никаких условий типа «ты мне понравишься, если будешь таким-то», исключена также установка на хорошие и плохие качества, то есть уважение — это принятие **целостной личности.**

Нет людей плохих или хороших. Какие-то действия могут быть неприемлемыми и вызывать негативную реакцию у окружающих. Подростку не нужна оценка, ему нужна поддержка и помощь.

Консультант проявляет уважение, когда глубоко и искренне принимает клиента и ценит его как личность независимо от поведения. Консультант, уважающий клиента, не отвергает клиента и не опекает его чрезмерно. Он помогает клиенту приобрести уверенность в своих силах. Необходимо проводить четкое разграничение между самим клиентом и его ошибочными мыслями и поведением.

Теплота или доброжелательное отношение проявляется мягким прикосновением, улыбкой и другими невербальными знаками одобрения, а также озабоченностью в связи с проблемами клиента. Консультант также проявляет заботу и теплое отношение, когда внимательно наблюдает за поведением клиента, задает уточняющие вопросы, просит подростка вспомнить какие-то детали из его жизни, пытается активно участвовать в решении проблемы.

Самораскрытие помогает обмениваться жизненным опытом в процессе общения. Консультант может раскрыть в подходящий момент собственные мысли, взгляды и чувства с пользой для клиента.

Например: «Я понимаю, Илья, что с тобой происходит. Когда-то то же самое происходило и со мной, но я сумел с этим справиться, и вот каким образом…»

Опыт взрослого, разрешившего подобную проблему, дает подростку чувство уверенности в своих силах. Таким образом, консультант может служить примером рассудительности, демонстрируя, как следует поступать в той или иной ситуации, а также показывает, как можно раскрываться, проявляя тем самым доверие к клиенту. Такое поведение консультанта превращает одностороннее общение во взаимное. Однако самораскрытие полезно только в подходящей ситуации; консультант может проверить себя вопросом: «Если я сейчас расскажу что-то о себе, что это даст подростку?». Следует помнить, что цель самораскрытия консультанта — установление контакта с клиентом и демонстрация разумного поведения.

Искренность — это способность оставаться самим собой и отсутствие потребности внешне демонстрировать свой профессионализм. Искренний консультант не прячется под маской и не старается исполнить роль. Чтобы быть искренним, нельзя фальшивить. Необходимо держаться так, чтобы вербальное и невербальное поведение соответствовали друг другу.

Следует отметить, что проблема профессионализма является вопросом самооценки. Слушатели должны понять, что дело не в том, что они будут демонстрировать свои медицинские знания, каждый знает, насколько он умен. Это не надо демонстрировать, тем более подростку. Консультант должен быть полностью ориентирован на клиента, на его интересы.

Клиенты, пришедшие к консультанту, находятся в состоянии тревоги и страха. Вначале они не знают, чего ждать от консультанта и консультирования, тем не менее, приходят на консультацию со своими проблемами и надеждой на понимание. Плохо, что приходят, как в «скорую помощь». Если с самого начала клиент отнесется к консультанту с доверием, то в процессе работы он станет смелее делиться своими чувствами, мыслями, страхами, которые не так легко обсуждать с чужим человеком. Если клиент не проникнется доверием, работа консультанта будет неэффективной и бессмысленной.

Необходимые условия для создания благоприятного климата при консультировании со стороны консультанта

Для создания благоприятного климата при консультировании со стороны консультанта необходимо следующее:

- проявлять искренний интерес к клиентам и подлинное желание помогать им; нельзя забывать, что клиенты тонко чувствуют, интересуются ими по сути или формально;
- в течение приема все внимание уделять клиенту, нельзя заниматься посторонними делами (разговаривать по телефону, пить чай, разрешать входить в кабинет коллегам и обсуждать с ними какие-либо вопросы);
- дать клиенту максимальную возможность высказаться; он приходит к консультанту не выслушивать поучения и советы, а рассказать о сложных аспектах своей жизни;
- не проявлять чрезмерное любопытство — консультант не должен быть похожим на следователя, важна лишь та информация о клиенте, которая необходима для понимания его проблем;
- соблюдать профессиональную тайну; если консультант по каким-то причинам обязан поделиться с другими сведениями о клиенте (например, с родителями, с более опытными консультантами), надо поставить клиента в известность, обсудив с ним круг лиц, которому он доверяет;
- помочь клиенту почувствовать себя непринужденно во время консультации; для этого консультанту необходимо проявлять дружелюбие, искренность, естественность, суметь войти в положение клиента;
- к проблемам относиться без осуждения — не оценивать, а слушать и понимать и, как следствие, принимать их; только тогда клиент чувствует себя понятым и заслуживающим уважения.

3.6 Закрепление материала

3.7 Подведение итогов занятия

При подведении итогов повторяется определение консультирования, подчеркивается, что консультирование включает в себя шесть этапов: изучение, одинаковое понимание проблемы, анализ ситуации и поиск альтернатив, планирование, деятельность, оценка и обратная связь.

Кроме того, называются необходимые профессиональные качества консультанта: эмпатия, уважение, теплота, самораскрытие и искренность.

В заключение повторяются основные условия, необходимые для создания благоприятного климата при консультировании.

ЗАНЯТИЕ 4

Возрастные особенности подросткового периода. Правила и принципы построения отношений с подростками

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.
Цель:
Обучающая: изучить физиологические и психологические особенности подростков в раннем и позднем юношестве, правила и принципы построения отношений с подростками.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- физиологические и психологические особенности подростков в раннем юношестве;
- манеру поведения подростков в раннем юношестве;
- физиологические и психологические особенности подростков в позднем юношестве;
- манеру поведения подростков в позднем юношестве;
- основные принципы и правила построения отношений с подростками;

б) должны уметь:
- установить контакт с подростком.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;
3. Бумага;
4. Маркеры.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
4.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
4.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
4.3	Изучение темы «Возрастные особенности подростков. Правила и принципы построения отношений с подростками». Вопросы темы: 1. Общая характеристика юношеского возраста. 2. Физиологические и поведенческие особенности подростков. 3. Физиологические и поведенческие особенности раннего и позднего юношества. 4. Правила и принципы построения отношений с подростками.	Лекция (презентация) Упражнение «Физиологические и поведенческие особенности подростков»	30 мин 40 мин
4.4	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	3 мин
4.5	Подведение итогов занятия.		2 мин

4.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

4.2 Актуальность темы

Подростковый период — трудное время для подростков и время испытаний для взрослых. Однако это естественная фаза, через которую проходят все подростки. Она может быть менее чувствительной и запутанной, если взрослые точно знают, что им делать и как поступать в различных ситуациях. Существуют основные принципы, которыми необходимо руководствоваться в построении отношений с подростками, знание этих правил позволяет избежать многих проблем и конфликтов.

4.3 Возрастные особенности подростков. Правила и принципы построения отношений с подростками

Общая характеристика подросткового возраста

Подростковый возраст характеризуется как переходный, крикризисный и имеющий важнейшее значение в становлении личности и организма человека. При этом происходит расширение социальной сферы, качественно меняется характер, закладываются основы сознательного поведения, формируются нравственные представления.

Кризис подросткового возраста в отличие от кризисов других возрастов более затяжной и острый, так как в связи с быстрым темпом физического и умственного развития у подростков возникает много актуально действующих потребностей, которые не могут быть реализованы в условиях слабой социальной зрелости подростков. Таким образом, в этот критический период неудовлетворение потребностей выражена значительно сильнее, и преодолеть ее, в силу отсутствия синхронности в физическом, психическом и социальном развитии подростка, очень трудно.

Кризис подросткового возраста отличается и еще в одном, весьма существенном отношении. Дело в том, что в младших возрастах ограничение ряда потребностей связана преимущественно с внешними препятствиями (запретами взрослых, не изменившимся образом жизни ребенка, сковывающим его активность, и т. п.). В кризисе же подросткового возраста не меньшую роль играют и внутренние факторы: запреты, накладываемые подростком на самого себя, ранее сформировавшиеся психологические особености (привычки, черты характера и прочее), часто мешающие подростку достичь желаемого и избранного им образца.

Следует отметить, что ведущей психологической особенностью в подростковом возрасте становится формирование у подростка своеобразного чувства взрослости. Физическое возмужание и физиологические изменения в организме дают подростку ощущение взрослости, но социальный статус его в школе и семье не меняется. В этом случае может начаться борьба за признание своих прав, за свою самостоятельность в выборе и свое право быть признанным равным, что непременно приводит к конфликту между взрослыми и подростками.

В период полового созревания эмоции, поведение и реакции подростков порой приводят взрослых в замешательство, вызывают раздражение, негодование, возмущение, гнев. Кроме того, у взрослых возникает чувство растерянности и несостоятельности, так как слова и методы воздействия, которые раньше «срабатывали», теперь, увы, дают обратную реакцию. В этой ситуации необходимо остановиться и задуматься, понять, что ребенок вступает в какой-то новый период, и попробовать помочь ему пройти его с наименьшими потерями.

Переходный период делится на две стадии: подростковый период (9–14 лет) и юношество (14–19 лет). По завершении этого периода все молодые люди становятся биологически и сексуально зрелыми. Это время быстрых изменений организма, физических параметров развития, отношений, ценностей и интеллекта.

В этом периоде у подростков существуют следующие потребности:

- стать независимым от своих родителей;
- установить новые социальные и деловые отношения как с ровесниками, так и с взрослыми;
- приспособиться к половой зрелости и изменяющимся ролям;
- распланировать будущее;
- подготовиться к гражданской ответственности;
- почувствовать значимость своей личности;
- определить философию жизни вместе с моральными устоями и стандартами, сложившимися в обществе.

Эрик Эриксон считал, что перед тем, как ребенок успешно покинет безопасное детство и зависимость от других, он должен иметь какое-либо понятие о том, кто он, куда он идет и чего он там достигнет. Переход может быть бурным или спокойным. Многое зависит от подготовленности к этим изменениям.

Упражнение «Физиологические и поведенческие особенности подростков»



Преподаватель разбивает аудиторию на 4 группы, выдает большие листы бумаги и маркеры и предлагает выполнить задание, которое заключается в том, что слушателям надо определить исходя из собственного опыта:

1-й группе — физиологические особенности в подростковом возрасте;

2-й группе — психологические и поведенческие особенности в подростковом возрасте;

3-й группе — физиологические особенности в юношестве;

4-й группе — психологические и поведенческие особенности в юношестве.

Группы расходятся по аудитории и начинают работать в течение 20 минут.

После завершения работы все возвращаются на свои места, вывешиваются листы бумаги, и представитель от каждой группы представляет свои наработки. Группа обсуждает и дополняет его в случае необходимости.

Физиологические и поведенческие особенности раннего и позднего юношества

Преподавателю следует акцентировать внимание группы на том, что упражнение делалось для определения круга тем, представляющих интерес для подростков в раннем и позднем юношестве. Впоследствии это даст возможность найти общие темы для беседы, установить контакт с подростками, предложить актуальные темы для обсуждения.

Подростковый период (9–13 лет)

Общая характеристика физиологических изменений	Особенности психического развития	Психологические особенности поведения
▪ Быстрое формирование мышечной системы приводит к дисфункции сердечно-сосудистой системы; ▪ костно-мышечная система характеризуется активным ростом костной ткани и отставанием мышечной массы; ▪ развитие эндокринной системы происходит на фоне полового созревания; ▪ период быстрого физического роста с одновременным развитием первичных и вторичных половых признаков; ▪ физиологические изменения появляются у девушек в виде менструаций и в виде ночных поллюций у юношей; ▪ большая разница в росте и развитии является типичной для представителей одного и того же пола; ▪ особенности вегетативной системы (потоотделение), повышение аппетита; ▪ временами рост тела протекает неравномерно.	▪ Возникает новый этап глобальной социализации, идущий через каналы социального воздействия (кино, радио, книги, телевидение, Интернет); ▪ процесс социализации идет в соответствии с уровнем развития интеллекта и характеризуется доминированием наглядно-образной формы; ▪ развитие идет через процесс обучения, который рассматривается как главный мотивационный компонент; ▪ характерной чертой этого возраста является пытливость ума, стремление к познанию, подросток стремиться овладеть как можно большим количеством знаний; ▪ этот возраст характеризуется эмоциональной неустойчивостью и резкими колебаниями настроения; ▪ формирование личности у мальчиков и девочек различны. У мальчиков ярче выражена способность к абстрагированию. У девочек — более высоко развита вербальная деятельность, способность к сопереживанию.	▪ В центре внимания юношей их рост, физическое развитие; ▪ девушки озабочены начавшимися менструациями, размером груди; ▪ юноши и девушки проводят много времени перед зеркалом; стараются быть привлекательными для противоположного пола; появляется влюбчивость и желание быть любимым; ▪ так как девушки развиваются быстрее, чем парни, то они стараются привлечь внимание парней постарше; ▪ подростки могут узнавать, что раздражает их родителей и учителей, и умышленно провоцировать их; ▪ у парней и девушек развивается сильная привязанность к людям; ▪ максимализм сочетается с потребностью в самоутверждении, что чревато появлением конфликтов со взрослыми; ▪ появляется негативизм в поведении (грубость, дерзость, цинизм); ▪ нередко характерна замкнутость; ▪ наблюдается болезненная реакция на критику; ▪ наряду с началом переоценки социальных ролей и жизненных ценностей нередко наблюдается доминирование сиюминутных потребностей в ущерб долговременным.

Юношество (14–19 лет)		
Общая характеристика физиологических изменений	**Особенности психического развития**	**Психологические особенности поведения**
▪ Это период интенсивного физического развития юношей; ▪ размеры внутренних органов приходят в соответствие с антропометрическими данными; ▪ формирование фигуры происходит по взрослому типу (мужской и женский фенотипы); ▪ циклические изменения приобретают регулярный характер; ▪ завершается формирование вторичных половых признаков; ▪ нужды и побуждения подростков имеют сексуальную ориентацию; ▪ диспропорции конечностей, дисбаланс массы тела и роста (недостаток или избыток массы тела); ▪ у юношей происходит мутация голоса.	▪ Расцветом всех специальных способностей человека; ▪ развитие других психических структур идет неравномерно; ▪ их эмоции сильны и неустойчивы; они могут быть злыми, агрессивными, буйными; ▪ для юношеского периода характерна значительная эмоциональная чувствительность, повышенная ранимость; ▪ повышенная лабильность эмоций — любовь-ненависть, смеются-плачут; ▪ окончательно формируются черты личности и определяются жизненные потребности; ▪ интенсивно идет процесс формирования интеллекта, достигающий в школьный период своего максимума.	▪ Юношеский максимализм приводит категоричности в суждениях; ▪ они озабочены своими образовательными и профессиональными целями, характерна целеустремленность; ▪ для этого возраста характерен романтизм и влюбчивость; ▪ на этой стадии характерны различные эксперименты (алкоголь, курение, занятие сексом); ▪ усиливается необходимость, с одной стороны, быть независимым, а с другой — строить межличностные отношения; ▪ стремление к самоутверждению, в поведении попытки оказывать влияние друг на друга, выделиться среди сверстников; ▪ повышенная конформность — подростки часто бывают зависимы от группы и могут идти у нее на поводу.

Зная особенности подросткового возраста, в случае выступления в подростковой аудитории, можно выбрать для лекции или занятия интересующие юношей и девушек темы.

Например, рассказать о возрастных причинах усиленной потливости подростков и необходимой гигиене при этом. Учитывая повышенный интерес молодых людей к своей внешности, можно рассмотреть на лекции вопрос диетологии периода полового созревания. Вследствие активных обменных процессов в этом возрасте подростки испытывают постоянное чувство голода, много едят и, естественно, поправляются. Девочки для того, чтобы походить на некий идеал, начинают резко ограничивать себя в еде, теряют в весе, что нередко приводит к нарушению менструального цикла. Их необходимо об этом осведомить. Они должны знать особенности подросткового организма, что он отличается от организма взрослой женщины, которая может следовать диете, ограничивая объем питания.

Таким образом, на первоначальном этапе можно проводить с подростками групповые занятия, чтобы зарекомендовать себя с тем, чтобы в дальнейшем они пришли на индивидуальное консультирование.

Следует подчеркнуть, что подростки по сути своей — здоровые люди. Для того чтобы их привлечь на консультацию, в беседах с подростками необходимо рассказать, чем занимается консультант, и если у подростков есть какие-то вопросы, они могут прийти на прием и задать все интересующие их вопросы. Если они приходят уже с проблемами, естественно, в это вре-

мя им и консультанту не до консультаций, так как необходимо срочно принимать меры для решения возникшей проблемы. Подростку в этой ситуации необходимо сказать: «В следующий раз, чтобы этого не случилось, приди до того, когда решишь что-то сделать». Это будет первый шаг к тому, чтобы подростки поняли, где их ждут и куда необходимо обращаться за консультативной помощью.

Правила и принципы построения отношений с подростками

В отношении подростков родители и учителя должны:

- Понимать и воспринимать изменения, происходящие в подростке. Поддерживать их, говоря, что изменения естественны, снабжать их необходимой информацией.
- Позволять подросткам быть независимыми.
- Позволять подростку принимать решения самостоятельно, исправлять ошибки самостоятельно при наличии таковых.
- Избегать жестких оценок в отношении подростка, особенно в присутствии его друзей.
- Избегать излишней критики, так как подростки неуверенны в себе и требуют понимания со стороны взрослых; критиковать частные действия, а не личность подростка.
- Избегать вторжения в личные дела подростка.
- Объяснить правила и ожидания в отношении поведения подростка, выполнения им домашних заданий, работы по дому, а также ответственности в различных сферах его жизнедеятельности, времени возвращения домой.
- Окружить подростка любовью и привязанностью.

Заботливые наставления взрослых являются значимыми. Такие наставления помогают молодым людям упорядочить свою жизнь во время периода резких изменений. Независимо от того, что чувствуют взрослые — беспокойство, стыд, боязнь по отношению к подросткам, у них есть обязательство — обеспечить их знаниями, защитой и поддержкой.

- Помощь, оказываемая подросткам, должна быть тонкой и дипломатичной.
- Используйте полезную критику и направляйте ее на событие; не атакуйте личность; говорите о своих чувствах по поводу какой-либо ситуации.
- Применяйте подход, который разрешает проблему: взвесьте все «за» и «против» проблемы/ситуации с подростком и найдите оптимальное решение (разделите эмоции и разум, взвешивайте решение).
- Подростки должны научиться у взрослых видеть разницу между событиями, которые неприятны или раздражительны, и ситуациями, которые серьезны и трагичны. Взрослым необходимо быть точными в отношении границ свободы, которую они хотят дать, или ограничений, которые они желают установить подросткам.
- Ограничения никогда не должны быть арбитражными или капризными. Они должны быть связаны с ценностями или нацелены на становление характера. Ограничения должны быть обсуждены с подростком с целью достижения консенсуса, в противном случае этого можно не добиться.

Эти решения должны превратиться в четкие и точно обоснованные правила, касающиеся:

- ограничения времени и частоты вечеринок или встреч с друзьями;
- внешнего вида и одежды;
- карманных денег и личных расходов;
- работы по дому и домашних обязанностей;
- успеваемости.

Следует отметить, что подростки не могут стать зрелыми путем безрассудного послушания. Они должны научиться принимать решения, создать свою систему ценностей и жить своей жизнью.

4.4 Закрепление материала

4.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов повторяется общая характеристика юношеского возраста; основные особенности раннего и позднего юношества, в том числе преимущественные темы для проведения занятий с подростками; напоминаются ключевые правила и принципы построения отношений с подростками.

ЗАНЯТИЕ 5

Основы коммуникации

Вид занятия: комбинированное:
- теоретическое занятие с элементами проблемного обучения;
- практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: изучить основные формы коммуникации, приемы (техники) активного слушания.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- определение понятия «коммуникация»;
- понятие «невербальное общение», необходимые условия невербального общения при консультировании;
- зоны контакта, их краткую характеристику;
- техники «ободрение, успокаивание, поощрение», «отражение содержания», «отражение чувств», «перефразирования» и возможные ошибки при их использовании;
- характеристику «открытых» и «закрытых» вопросов и особенности их постановки;

б) должны уметь:
- применять при консультировании приемы невербального общения;
- использовать правила и приемы активного слушания;
- задавать «открытые» и «закрытые» вопросы;
- владеть техниками консультирования.

Время занятия: 3 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
5.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
5.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
5.3	Создание благоприятной атмосферы.	Упражнение «Вы представляете…»	20 мин
5.4	Изучение темы «Основы коммуникации». Вопросы темы: 1. Невербальное общение, условия полноценного контакта, правила активного слушания. 2. Вербальное общение, приемы активного слушания. 3. Открытые — закрытые вопросы. 4. Техника постановки вопросов, особенности различных категорий вопросов.	Лекция (презентация) Упражнение «Открытые — закрытые вопросы».	30 мин
5.5	Закрепление материала.	Упражнение (Отработка навыков активного слушания)	70 мин
5.6	Подведение итогов занятия.		5 мин

5.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

5.2 Актуальность темы

Много тысячелетий назад люди впервые начали общаться между собой, используя в качестве инструмента речь. Со временем письменная и устная речь усовершенствовалась настолько сильно, что это привело к периоду информационного и коммуникационного прогресса. Умение общаться между собой, правильно использовать навыки и принципы вербального и невербального общения, способствующие установлению полноценного контакта, необходимы для профессионально подготовленного консультанта.

5.3 Создание благоприятной атмосферы. Упражнение «Вы представляете...»



Занятие начинается с разминки — упражнения «Вы представляете...». Преподаватель предлагает участникам семинара провести упражнение, где каждый участник обращается к группе с сообщением, которое начинает с фразы: «Доброе утро. Вы представляете...», и далее следует описание приятного события, которое произошло у него с вечера до утра. Упражнение начинает преподаватель, после чего он предлагает каждому участнику выполнить это упражнение по очереди.

5.4 Основы коммуникации

При изучении процессов общения зарубежные исследователи используют понятие «коммуникация». Этот термин принят и отечественными учеными. В отечественной литературе понятия «общение» и «коммуникация» зачастую употребляются как синонимы, хотя при более внимательном подходе между ними обнаруживаются некоторые различия.

Коммуникация — это форма взаимодействия между людьми, при которой происходит обмен информацией посредством знаков и символов, в первую очередь посредством речи. Информация передается при этом целенаправленно, а принимается избирательно.

Виды коммуникации

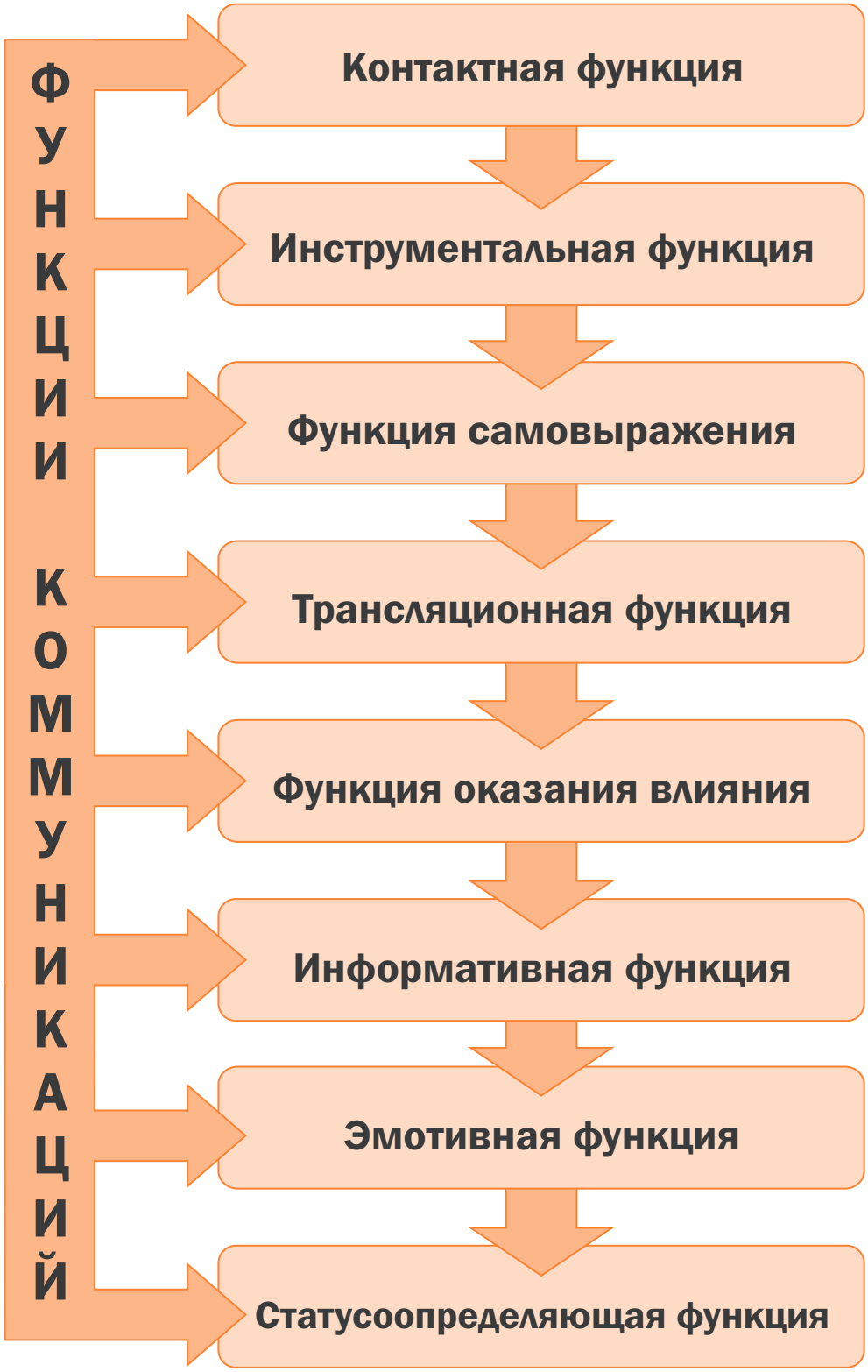
По количеству участников:

- Межличностная
- В малых группах
- Массовая коммуникация

По форме:

- **Вербальная (**посредством передаваемой речью информации, содержащейся в словах)
- **Невербальная** (все остальные поведенческие и речевые реакции)

Существуют следующие функции коммуникации:



Невербальное общение, условия полноценного контакта, правила активного слушания

Человеческая коммуникация бывает вербальной и невербальной. Обычно мы не осознаем, как используем навыки невербального общения, однако их роль в повседневной жизни велика.

Проведенные психологические исследования говорят о том, что непосредственно в общении слова занимают лишь 7%; звуки и интонации — 38%, невербальная коммуникация — 55%.

Невербальное общение включает в себя: осанку, мимику, жесты, звук голоса, позицию в пространстве (быть на одном уровне, без преград), установление дистанции и т. д.

Выделяют четыре зоны человеческого контакта

- **Интимная зона** (0–50 см), в которую допускаются лишь близкие, хорошо знакомые люди. Для этой зоны характерны доверительность, негромкий голос, тактильный контакт.
- **Личная, или персональная, зона** (50–120 см) устанавливается для обыденной беседы с друзьями и коллегами, предполагает только зрительный контакт.
- **Социальная зона** (120–400 см) соблюдается во время деловых встреч в кабинетах, холлах и других служебных помещениях, как правило, с теми людьми, которых не очень хорошо знают.
- **Публичная зона** (свыше 400 см) подразумевает общение с большой группой людей — в лекционной аудитории, на митинге.

Существует **5 условий невербального общения**, способствующих установлению полноценного контакта клиента и консультанта.

1. Быть с клиентом с глазу на глаз. Обстановка во время консультирования должна позволять консультанту и клиенту полностью видеть друг друга. Между ними не должно быть преграды — стола или других предметов.
2. Быть в открытой позе. Скрещенные руки и ноги обычно интерпретируются как оборонительная поза. И наоборот, открытая поза означает, что консультант готов принять все, что раскроет клиент. Конечно, скрещенные руки не обязательно означают закрытость. Главное, чтобы консультант постоянно спрашивал себя: «Насколько моя поза отражает открытость клиенту?»
3. Периодически наклоняться к клиенту. Такой позой выражается вовлеченность и участие в контакте. Однако не надо приближаться к клиенту слишком близко или очень быстро, так как это может вызвать тревогу и недоумение.
4. Поддерживать с клиентом контакт глазами, чтобы подчеркнуть внимание и заинтересованность, но контакт не должен быть непрерывным, чтобы не вызвать у клиента аналогию с немигающим взглядом удава.
5. Быть расслабленным. Так как большинство клиентов волнуется при консультировании, важно, чтобы консультант не был напряжен и не увеличивал беспокойство клиента. Консультант должен быть естественен в своем невербальном поведении (открытая поза, кивание головой, доброжелательное выражение лица), этим он показывает клиенту свою позитивную вовлеченность в контакт.

Таким образом, главное в невербальном поведении — отсутствие демонстративно скрещенных ног и рук (т. е. поза не должна быть «закрытой»), нахождение на одном уровне (на одинаковых по высоте стульях или креслах), наличие дистанции, позволяющей создать психологический комфорт для клиента, отсутствие преграды между консультантом и клиентом, определенная позиция в пространстве — стулья, стоящие под углом 90 градусов.

В какой-то степени преградой может быть белый халат (так, например, маленькие дети с большой настороженностью воспринимают белый халат). Взрослые также могут подсознательно считать белый халат признаком того, что они больны.



Внимание! На установление контакта благоприятно влияет принцип «синхронности невербальных реакций». Синхронность — это отражение, копирование позы собеседника. Для того, чтобы расположить к себе человека, желательно сразу же занять такую же позу, как и он. Следует подчеркнуть, что не следует до мелочей копировать клиента, но в целом синхронность в движениях создает определенную благожелательность и способствует установлению доверительной атмосферы.

Вербальное общение, приемы активного слушания

Наряду с невербальной коммуникацией одновременно существует и вербальное общение или вербальная коммуникация, которая несет главную смысловую нагрузку при передаче информации. При этом основное внимание уделяется содержательной стороне общения, то есть что и как говорится в консультативной беседе, основные моменты в построении диалога с клиентом.

Помимо условий невербального общения и правил «хорошего слушания», существуют 4 группы приемов (или иначе техник) «активного слушания».

Эти приемы очень важны для создания и укрепления коммуникационного контакта.

Цель их — создание атмосферы спокойствия и доверия, налаживание контакта в беседе. Это достигается невербальными и вербальными методами. При консультативном контакте для клиента очень важно получение обратной связи.

Группы приемов «активного слушания» включают:

- 1-я группа — ободрение, успокаивание, поощрение.
- 2-я группа — повторение, перефразирование, обобщение.
- 3-я группа — рефлексия (отражение) чувств.
- 4-я группа — выяснение, уточнение, постановка вопросов.

1. Ободрение, успокаивание, поощрение

Ободрение, успокаивание и поощрение являются простой, но действенной формой активного слушания, близко связанной с языком телодвижений, при которой клиенту посылаются почти невербальные сигналы, побуждающие его говорить дальше. Эти маленькие, незаметные, но очень важные сигналы показывают клиенту, что консультант его слушает, ему интересно, он доволен тем, что клиент самовыражается.

Приободрить клиента можно краткой фразой, которая означает согласие и понимание. Например: «Да, понимаю», «Хорошо», «Так» и т. д. — это побуждает клиента продолжать повествование. Распространена выражающая одобрение реакция: «Да-да», «Конечно». Ободрение выражает поддержку — основу консультативного контакта.

Другим важным компонентом поддержки клиента является **успокаивание,** которое вместе с ободрением позволяет клиенту поверить в себя. Это тоже короткие фразы консультанта, выражающие согласие: «Очень хорошо», «Не волнуйтесь из-за этого», «Вы правы, это будет нелегко», «Я знаю, что будет тяжело, но вы сможете это сделать».

Используя технику успокаивания в консультировании, необходимо помнить об ошибках, которые можно сделать, особенно начинающим консультантам. Частой ошибкой успокаивания является то, что консультант предлагает себя в качестве «подпорки» клиенту. Это ограничивает клиента в возможностях самостоятельно решать свои проблемы. Развитие личности всег-

да связано с неопределенностью, напряжением и тревогой. Если успокаивание использовать чрезмерно или часто, оно создает зависимость клиента от консультанта, клиент перестает быть самостоятельным, не ищет собственных ответов, полностью полагается на поддержку консультанта.

Поощрение, похвала. Практически все люди могут видеть существующие проблемы. Порой, увлекаясь поиском того, что клиент делает неправильно, и пытаясь это исправить, консультант совершенно забывает, что очень важно распознать, что клиент делает правильно, и похвалить его за это.

Такое поощрение дает следующие преимущества:

- придает уверенность;
- стимулирует собеседника в дальнейшем делать то, что он делает хорошо;
- повышает степень доверия к словам консультанта.

2. Отражение содержания: перефразирование и обобщение

Для того, чтобы отражать содержание признаний клиента, необходимо перефразировать его высказывания или обобщить несколько высказываний. Клиент, таким образом, убеждается, что его внимательно слушают и понимают. Отражение содержания помогает клиенту лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках.

Перефразирование наиболее приемлемо в начале консультирования, потому что побуждает клиента более открыто обсуждать свои проблемы.

Основные цели перефразирования

- показать клиенту, что консультант внимателен и пытается его понять;
- выкристаллизовать мысль клиента, повторяя его слова в сжатом виде;
- проверить правильность понимания мысли клиента.

При перефразировании важно помнить три простых правила:

1. Необходимо перефразировать основную мысль клиента.
2. Нельзя искажать смысл высказываний клиента, а также добавлять что-либо от себя.
3. Надо выражать мысли клиента своими словами, избегая дословного копирования

Хорошо перефразированная мысль клиента становится короче, яснее, конкретнее, это помогает клиенту самому понять, что он хотел сказать.

Например:

Клиент. Я не знаю, как жить дальше. Иногда думаю, что надо все бросить и идти работать, а порой кажется, что следует дальше учиться, но я не знаю, что выбрать.

Консультант. У Вас происходит внутренняя борьба за дальнейшее самоопределение в жизни, и Вам трудно решить, какой из двух путей наиболее правильный.

Если перефразирование охватывает только что высказанные утверждения клиента, то **обобщению** подлежит целый этап беседы или вся беседа. Обобщение помогает клиенту систематизировать свои мысли, вспомнить то, что было сказано, побуждает к рассмотрению значимых тем и способствует соблюдению последовательности консультирования.

Обобщение чаще всего используется в следующих ситуациях:

- когда консультант хочет структурировать начало беседы, чтобы объединить ее с прежними беседами;
- когда клиент говорит очень долго и запутанно;
- при необходимости придать некое направление беседе;
- в конце встречи подчеркнуть существенные моменты беседы и дать задание на промежуток времени до следующей встречи.

3. Отражение чувств

Познание и отражение чувств клиента является одной из важнейших техник консультирования. Отражение чувств тесно связано с перефразированием высказанных клиентом мыслей — разница заключается в том, что в последнем случае внимание сосредоточивается на содержании, а при отражении чувств — на том, что скрыто за содержанием.

Желая отражать чувства клиента, консультант внимательно выслушивает его признания, перефразируя отдельные утверждения, при этом ориентируется на чувства, выраженные клиентом в признаниях.

В консультировании существует правило, что при вопросе о чувствах клиент часто рассказывает о событиях жизни, но когда мы спрашиваем только о событиях жизни, практически нет никаких шансов услышать что-либо о чувствах. Отражение чувств означает, что консультант является «зеркалом», в котором клиент может увидеть смысл и значение своих чувств.

Отражение чувств способствует возникновению межличностного, эмоционального контакта, так как показывает клиенту, что консультант старается познать его внутренний мир. Желание отражать чувства предполагает их распознавание. Для этого необходимо обращать внимание не только на содержание рассказа клиента, но и на его эмоциональный тон, позу, выражение лица. Также важно помнить, что чувства могут таиться не только в том, что рассказано, но и в том, что не рассказано, поэтому консультант должен быть внимательным к различным намекам, умалчиваниям, паузам.

Отражение является активным навыком слушания:

а) оно показывает, что консультант слушает;

б) заставляет консультанта внимательно слушать;

в) дает клиенту возможность поправить консультанта, если его неправильно поняли;

г) поощряет клиента к продолжению разговора, ввиду того, что клиент ощутил понимание со стороны консультанта;

д) оставляет за клиентом право выбора темы, тем самым помогая ему понять свою роль в консультационном процессе, достичь лучших результатов в самоизучении. В консультировании важно не только отражение чувств, но и их обобщение.

4. Выяснение, уточнение, техника постановки вопросов

Первоначальная цель консультирования — оказывать содействие подросткам, помогая им изучать свои чувства и мысли, лучше понимать себя, принимать собственные решения и давать им оценку.

Следует подчеркнуть, что ранее упоминавшиеся приемы активного слушания (ободрение, успокаивание, поддержка, перефразирование, обобщение, отражение) являются более нейтральными, чем постановка перед клиентом вопросов.

Вопросы являются самой распространенной формой активного слушания. Получение информации о клиенте, побуждение его к самоанализу требует от консультанта умения задавать вопросы.

Задача консультанта — задать такой вопрос, чтобы человек мог проанализировать свои действия, понять и изучить себя, найти собственный резерв для принятия решения. Задавая вопрос, консультант должен дать человеку возможность показать себя, дать консультанту максимум информации.

Все вопросы делятся на открытые и закрытые

Различаются они степенью свободы выбора ответа. Открытый вопрос предполагает широкий диапазон ответов. Ответ на закрытый вопрос обычно состоит из одного слова. Закрытые вопросы используются для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ «Да» или «Нет».

Например. «Хорошо ли Вы себя чувствуете?», «Можем ли мы встретиться через неделю?». Закрытые вопросы часто начинаются с таких слов: «Вы были?», «Вы делали?», «Вы ходили?», «Сколько?».

Закрытые вопросы обычно используются в медицинской практике, когда врач получает информацию о пациенте, чтобы назначить лечение выявленного заболевания. Например: «Есть ли у Вас аллергическая реакция на пенициллин?», «Раньше Вы принимали анаприлин?». Они совершенно уместны в таких ситуациях, так как решение о тактике лечения больного принимает врач. Однако при консультировании главное — самоисследование. Это означает, что в конечном итоге решение о каких-то действиях находится в руках клиента, а не консультанта. Закрытые вопросы соответствуют также более авторитарной атмосфере, аналогичной той, к которой подросток привык, когда ему задавали вопросы учителя, врач, медсестра, родители.

Открытые вопросы дают возможность для широкого диапазона ответов. Они часто начинаются с таких слов как: «Что?», «Не могли бы вы?», «Не хотите ли?», «Как?». Открытые вопросы позволяют обсуждать чувства клиентов. Например, «Что вы сейчас чувствуете?», «Что вас расстроило?». Открытый вопрос может выявить много важного о подростке, и консультанту будет легче ему помочь. Открытые вопросы побуждают клиента исследовать свои установки, мысли, чувства, ценности, поведение, т. е. свой внутренний мир.

Важно помнить, что открытый вопрос должен соответствовать правилам «вербального следования», т. е. вопрос должен предлагаться по тому предмету, который обсуждается и был затронут самим клиентом.

В жизни закрытые вопросы не улучшают коммуникацию, ими следует пользоваться только при определенных ситуациях, например при сборе анамнеза или в других случаях, когда нужна четкая конкретная информация.

В процессе общения, тем более в консультативном процессе, лучше не использовать закрытые вопросы. Для того чтобы улучшить свое межличностное общение стоит учиться задавать открытые вопросы. Любой закрытый вопрос можно переделать в открытый и наоборот.

Упражнение «Открытые — закрытые вопросы»

Группе предлагается выполнить упражнение, в котором необходимо переделать закрытый вопрос в открытый и наоборот.

Сначала участники тренируются задавать открытые и закрытые вопросы. Преподаватель просит каждого по очереди произносить вопросы. Группа определяет, был ли он открытый или закрытый. Это можно продолжать до тех пор, пока не станет ясно, что все участники уловили разницу. Затем преподаватель просит продолжить процесс, но попробовать изменить закрытый вопрос в открытый и наоборот. Например, закрытый вопрос: «Вы рассказали своей девушке о том, что произошло?» участники должны переделать в открытый: «Что вы думаете о том, чтобы рассказать своей девушке о происшедшем?». Открытый вопрос: «Как вы проводите свободное время?» — в закрытый: «Вы ходите в кино?». Группа должна практиковаться до тех пор, пока все участники смогут определять тип вопроса и изменять один в другой. Однако следует больше затратить времени на изменение закрытых вопросов в открытые, так как закрытые вопросы являются менее приемлемыми при консультировании.

Техника постановки вопросов, особенности различных категорий вопросов

Следует подчеркнуть, что открытые вопросы позволяют клиенту выбирать направление беседы, тогда как закрытый вопрос оставляет такую возможность только консультанту.

Когда лучше использовать открытые вопросы при консультировании?

1. В начале консультации.
2. При побуждении клиента продолжать или дополнять сказанное.
3. При обращении к клиенту с просьбой проиллюстрировать свои проблемы примерами, чтобы лучше его понять.
4. При концентрации внимания клиента на своих чувствах.

Закрытые вопросы опасны тем, что они могут увести клиента в ненужном направлении на основании ошибочных предположений со стороны консультанта.

Кроме открытых и закрытых вопросов существует третий вид вопросов, начинающийся со слова «почему?». Он хотя и открытый, однако часто является замаскированным закрытым вопросом или даже служит косвенным обвинением.

Лидирующая роль и ответственность остаются у задающего вопросы, а не у отвечающего. Более типично, что подросток готов скорее к закрытым вопросам, чем к открытым. Часть процесса консультирования состоит в том, чтобы помочь клиенту научиться развивать способность принимать надлежащие решения в партнерстве с другими.

Существуют **особенности различных категорий вопросов**, которые необходимо иметь в виду, задавая их клиентам:

1. Вопросы «Кто?» и «Что?» ориентированы на факты, а не на чувства.
2. Вопросы «Как?» ориентированы на внутренний мир человека, на его поведение.
3. Вопросы «Почему?» нередко провоцируют защитные реакции клиента, поэтому их следует избегать в консультировании.
4. Не следует задавать несколько вопросов одновременно. Например: «Почему ты не ходишь в школу и грубишь родителям?», «Как Вы понимаете свою проблему, и не думали ли Вы об этом раньше?». Клиенту неясно, на какой из вопросов отвечать, так как ответы на каждую часть вопроса возможны совершенно разные.
5. Нельзя вопросом опережать ответ клиента. Например, вопрос «Все ли хорошо дома?», чаще всего побуждает клиента дать утвердительный ответ. Лучше спросить: «Как дела дома?». Если клиент отвечает неопределенно, например: «Неплохо», стоит уточнить: «Что для Вас означает неплохо?». Это очень важно, так как в одни и те же понятия разные люди вкладывают совершенно разное содержание.

5.5 Закрепление материала

Упражнение по отработке навыков активного слушания.



Преподаватель предлагает группе выполнить упражнение, соблюдая следующие правила: «Группа должна разделиться на пары. Каждая пара будет проводить мини-консультацию. В процессе консультирования необходимо использовать все ранее изученные техники. Нельзя забывать, какое положение в пространстве надо занять, какой должна быть дистанция. Так как все будут говорить одновременно, следует сесть так, чтобы не мешать друг другу».

Для консультирования понадобятся правила «хорошего слушания»

1. Полностью сконцентрировать свое внимание на собеседнике.
2. Обращать внимание не только на слова, но и на позу, мимику, жестикуляцию.
3. Проверять, правильно ли ты понял слова собеседника.
4. Не давать советов.
5. Не давать оценок.

Один участник из каждой пары будет «говорящим», другой — «слушающим», каждому из них будет предоставлена инструкция. Задание состоит из нескольких шагов (этапов). Каждый шаг рассчитан на определенное время. Преподаватель будет говорить, что необходимо делать и когда надо завершить выполнение каждого этапа задания.

«Говорящий» в течение 5 минут рассказывает «слушающему» о своих **трудностях и проблемах в общении**. В любых сферах — в магазине или в других местах, с замкнутыми, вспыльчивыми, неразговорчивыми людьми. Особое внимание при этом он обращает на свои качества, которые порождают эти трудности. «Слушающий» соблюдает правила хорошего слушания и тем самым помогает «говорящему» рассказывать о себе в течение 5 минут.

Через 5 минут преподаватель останавливает беседу и дает следующую инструкцию: «Сейчас «говорящий» даст «обратную связь», у него будет 1 минута, в течение которой ему надо будет сказать «слушающему», что в поведении «слушающего» **помогало** ему открыто высказываться, рассказывать о себе, а что затрудняло рассказ. К этому заданию необходимо отнестись очень серьезно, потому что именно сейчас «слушающий» может узнать, что в его поведении побуждает других людей высказываться открыто, говорить о себе, а что затрудняет такой рассказ. Знать это чрезвычайно важно. Кроме «говорящего» ему никто не скажет, как надо качественнее «слушать». (Например, мне мешало, что ты очень быстро задавал мне вопросы, а нравилось, что ты кивал, улыбался, это мне помогало).

После того как 1–2 минуты прошли, необходимо перейти к следующему заданию:

«Говорящий» в течение 5 минут будет рассказывать «слушающему» о своих **сильных сторонах в общении**, о том, что ему помогает устанавливать контакты, строить взаимоотношения с людьми. «Слушающий», не забывая соблюдать правила хорошего слушания, должен учесть всю ту информацию, которую он получил от «говорящего» в течение предыдущей минуты. Участники должны четко понять, что они должны улучшить свои навыки слушания.

Через 5 минут преподаватель останавливает беседу и предлагает перейти к следующему заданию:

«Слушающий» за 3–4 минуты должен повторить «говорящему», что он понял из двух его рассказов о себе, т. е. о трудностях и проблемах в общении, его сильных сторонах в общении. На протяжении этих 5 минут «говорящий» внимательно слушает, в случае, если собеседник искажает информацию, сообщает ему об этом. Участники должны четко передать то, что услышали. После того как «слушающий» скажет все, что он запомнил из двух рассказов «говорящего», последний может сказать, что было пропущено или искажено.

Во второй части упражнения участники пары меняются ролями: тот, кто был «слушающим», становится «говорящим» и наоборот. Все четыре шага упражнения повторяются, при этом преподаватель каждый раз дает задание на следующий этап.

После завершения упражнения слушатели возвращаются на свои места, происходит обсуждение, в ходе которого все по очереди высказываются. Преподаватель в ходе обсуждения комментирует упражнения каждого из них, задавая дополнительно уточняющие вопросы, например: «Что для собственного консультативного опыта Вы смогли взять, самое важное?», «Как Вам удавалось выполнять предложенные правила, какие правила было легче выполнять, какие сложнее?», «О чем Вам было легче говорить — о своих трудностях и проблемах в общении или о сильных сторонах?», «Когда Вы были «говорящим», какое влияние на Вас оказывали различные действия «слушающего», как они Вами воспринимались?».

При обсуждении может быть высказано мнение, что «очень тяжело слушать, так хочется что-то рассказать или спросить». В этом случае необходимо дать комментарий: «Хороший собеседник — это тот, кто хорошо слушает. Клиент пришел не для того, чтобы Вы рассказали ему о своей жизни. Ваша задача — задать такой открытый вопрос, чтобы он долго рассказывал о себе. Он должен выговориться и дать максимум информации о своей проблеме. Это уже будет определенной разрядкой для него, Вы уже ему помогли. Может, до этого его никто не слушал».

При обсуждении возможен и такой вариант. Во время консультирования «говорящий» рассказал часть своей проблемы. «Слушающий» думает, как правильно задать вопрос для уточнения услышанной информации или ее перефразирования, а «говорящий» в это время продолжает свой рассказ. Вследствие этого «слушающий» не смог внимательно вникнуть в проблему «говорящего» и потерял мысль. В такой ситуации дается следующий комментарий: «Да, действительно, надо вырабатывать навык постановки открытых вопросов, чтобы все время внимательно слушать».

Преподаватель в конце обсуждения должен подчеркнуть, что участникам следует самим думать и анализировать. Главное — чтобы они поняли, что надо быть искренними в работе.

В результате выполнения данного упражнения формируется умение слушать другого, опознаются такие барьеры слушания, как оценивание, желание дать совет, рассказать что-то из своего опыта и т. д.



Внимание! Если не хватает времени для проведения упражнения в один день, крайне важно продолжить его на следующий день с обязательным обсуждением. Перед выполнением упражнения необходимо сжато повторить основные техники хорошего слушания по слайдам.

5.6 Подведение итогов занятия

Преподаватель напоминает о невербальной и вербальной коммуникации, техниках активного слушания. При этом, приводя примеры из упражнения «Интервью», он акцентирует внимание на том, как важно не искажать информацию, особенно при повторении раздела «перефразирование и обобщение». Необходимо подчеркнуть, что нельзя искажать смысл утверждения клиента, а также добавлять что-либо от себя.

ЗАНЯТИЕ 6

Проведение первичной беседы. Консультирование родителей. Трудные моменты при консультировании. Конфликтология, способы разрешения конфликтных ситуаций

Вид занятия: комбинированное:
- теоретическое занятие с элементами проблемного обучения;
- практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: углубить знания по проведению первичной беседы, изучить особенности консультирования родителей подростков; рассмотреть основные трудные моменты консультирования и пути их преодоления.

К концу занятия участники семинара

а) должны знать:
- методику проведения первичной беседы (поэтапное применение приемов активного слушания);
- особенности консультирования родителей подростков, особенности восприятия во взаимоотношениях «родитель — подросток»;
- тактику поведения консультанта при молчании клиента; при угрозе самоубийством клиента; с немотивированным клиентом; клиентом, который плачет;
- способы разрешения конфликтных ситуаций;

б) должны уметь:
- применять приемы активного слушания при проведении первичной беседы;
- определять типы восприятия проблем родителями, проводить соответствующую консультацию;
- применять способы конструктивного разрешения конфликтов.

Время занятия: 3 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;
3. Карточки с заданиями.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
6.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
6.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
6.3	Создание благоприятной атмосферы.	Упражнение «Невербальное приветствие»	5 мин
6.4	Изучение темы «Проведение первичной беседы. Трудные моменты при консультировании». Вопросы темы: 1. Проведение первичной беседы. Соотношение этапов консультирования и используемых техник активного слушания. 2. Этапы процесса консультирования. 3. Проведение первичной беседы. Цели первичной беседы. 4. Трудные моменты консультирования. Молчание, плач клиента, угроза самоубийством, немотивированные клиенты	Лекция (презентация) Упражнение	50 мин
6.5	Конфликтология, способы разрешения конфликтных ситуаций	Лекция (презентация) Ролевая игра	40 мин
6.6	Консультирование родителей - типы восприятия во взаимоотношениях «родитель — подросток»; - особенности консультирования родителей.	Лекция (презентация)	20 мин
6.7	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	5 мин
6.8	Подведение итогов занятия.		5 мин

6.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

6.2 Актуальность темы

Очень важна для дальнейшего успешного контакта консультанта с клиентом его первая встреча. Клиент приходит за помощью с двумя сильными чувствами — тревогой и надеждой. Консультант обязан снять тревогу и укрепить надежду. В то же время в процессе консультирования консультант не раз сталкивается с ситуациями, когда клиент будет его провоцировать на конфликт или пытаться манипулировать его поведением.

6.3 Создание благоприятной атмосферы. Упражнение «Невербальное приветствие»

Занятие начинается с разминки — упражнения «Невербальное приветствие». Преподаватель предлагает участникам семинара поприветствовать коллегу, сидящего напротив, каким-либо жестом, движением головы или мимикой, который, в свою очередь, приветствует сидящего слева от того, кто послал ему приветствие, так, чтобы создалась непрерывная зигзагообразная цепочка.

6.4 Проведение первичной беседы. Трудные моменты при консультировании

Проведение первичной беседы. Соотношение этапов консультирования и используемых техник активного слушания

Участники семинара должны повторить схему процесса консультирования. При этом преподаватель предлагает назвать слушателям приемы (техники) активного слушания на каждом из 6 этапов. Следует подчеркнуть, что невербальные приемы коммуникации должны постоянно применяться на всех этапах.

В ходе обсуждения группа приходит к пониманию, что на первом этапе, когда исследуется проблема, необходимо использовать такие приемы, как поощрение и ободрение, а также отражение чувств. Для того чтобы что-то уточнить, можно использовать технику перефразирования.

На втором этапе, когда определяется проблема, используется техника обобщения или перефразирования.

На третьем этапе, когда идет поиск альтернатив, из всех техник и приемов осталась неиспользованной техника постановки вопросов.

Преподаватель подводит аудиторию к пониманию, что альтернативы, которые после внутреннего собственного анализа ситуации выдвинул консультант, должны быть выдвинуты самим клиентом. При этом консультант задает такие вопросы, на которые клиент отвечает, выдвигая в качестве ответа одну из альтернатив, которая предполагается консультантом. Человек должен сам проговорить, что мог бы не допустить такой ситуации, в которой он оказался. Например, заражение ИППП или беременность.

В качестве пояснения группе можно привести следующий пример. «Если бы консультант сказал клиенту, что надо пользоваться презервативом, это произвело бы незначительный эффект, так как до него уже сотни людей говорили об этом, включая рекламу на ТВ. В этой ситуации консультанту необходимо задать такой вопрос подростку, чтобы он сам ответил, что «если бы он пользовался презервативом…».

Важно добиться понимания аудитории, что техника постановки вопросов связана с выдвижением альтернатив. Необходимо, чтобы клиент сам выдвинул альтернативу и проговорил ее.

	Диалог 1	Диалог 2
Консультант	Здравствуйте.	Здравствуйте
Клиент	Здравствуйте.	Здравствуйте
Консультант	Что вас беспокоит?	Проходите, присаживайтесь. Давайте с вами познакомимся. Меня зовут Анна Владимировна.
Клиент	Меня интересует подбор контрацепции. Сейчас так много различных методов. Может быть, вы посоветуете мне что-нибудь?	Алена.
Консультант	Да. Вы правы, выбор действительно большой. Я считаю, что лучше всего применять гормональную контрацепцию.	Что вас привело?
Клиент	Но я не уверена в том, что они безопасны.	Меня интересует подбор контрацепции. Сейчас так много различных методов. Может быть, вы посоветуете мне что-нибудь?
Консультант	Если вы сомневаетесь, возьмите эти брошюры, в них описаны и другие методы. Приходите, когда решите, что вам больше подходит.	Вы хотите подобрать наиболее подходящий для вас метод контрацепции?
Клиент		Да.
Консультант		Хорошо Алена. Мы могли бы это обсудить.

Недостатки первого диалога

- *Консультант не познакомился с клиентом.*
- *Не предложил присесть.*
- *Не уточняет мотивы обращения.*
- *Однозначно выражает свое мнение (в виде совета).*
- *Дает клиенту печатные материалы, не предоставляя никаких пояснений*

Преимущества второго диалога

- Консультант доброжелательно встретил клиента.
- Пригласил присесть.
- Познакомился с клиентом.
- Задал открытый вопрос, предоставив возможность клиенту рассказать о цели визита.
- Применил технику перефразирования, уточняя мотивы клиента.
- Использует имя клиента в беседе.
- Не дает совета, приглашая клиента к сотрудничеству.

Следует отметить, что после выдвижения нескольких альтернатив выбирается та, которая максимально приемлема для подростка и удовлетворяет решение проблемы. Далее консультант планирует вместе с ним конкретный план действий, который выполняется подростком впоследствии.

Подобный алгоритм решения возникающих задач существует и в повседневной жизни у взрослых. У нас что-то происходит, мы эмоционально переживаем, потом начинаем исследовать: отчего, почему, на каком этапе, т. е. определяем источник проблемы. Следующий этап — поиск различных путей выхода из создавшейся ситуации. Необходимость выдвижения нескольких вариантов диктуется тем, что две альтернативы — безусловно, выбор, но недостаточный, это тоже не выход и не решение проблемы. Следует осуществить и выдвинуть не меньше пяти альтернатив, тогда можно спокойно обсудить каждую и выбрать ту, которая максимально устраивает.

После того, как выбрано 5 альтернатив, т. е. пришло понимание путей решения проблемы, сделан выбор, планируются и обдумываются дальнейшие действия. Проблема существует между определением и поиском альтернатив, как только найдены альтернативы — проблемы нет. Дальше идут действия: решение найдено и подросток реализует его в жизни.

Подростку необязательно знать всю технологию консультативного процесса, показывать ему, что и как надо делать. Консультант ведет его по этому процессу. Когда подросток приходит к консультанту, он исследует проблему подростка со всех сторон. Потом четко определяет ее, ищет альтернативы, затем выбирает одну. Этот алгоритм консультант должен четко знать, для того чтобы он мог впоследствии оценить и что-то улучшить в своей работе. Таким образом, консультант будет развиваться, повышать свои профессиональные навыки, выполнять свою работу квалифицированно.



Упражнение «Этапы процесса консультирования»

Преподаватель раздает участникам семинара бланки с перечнем шагов консультативного процесса, расположенных в неправильной последовательности, и просит восстановить правильный порядок.

Бланк «Этапы процесса консультирования (неправильный вариант)»

1. Критическая оценка выбранных альтернатив решения.
2. Обсудить возможные варианты решения проблем.
3. Выбрать альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно.
4. Точно определить проблему.
5. Составить письменный список вариантов решения проблем.
6. Оценить уровень достижения цели (степень разрешения проблемы).
7. Обобщить достигнутые результаты.
8. Установить контакт с клиентом.
9. Поощрять клиента к рассмотрению возникших у него проблем.
10. Фиксировать чувства клиента.
11. Составить план реалистического решения проблем.
12. Последовательная реализация плана решения проблем.
13. Помочь клиенту выдвинуть альтернативы решения проблем.
14. При необходимости уточнить план решения проблем.
15. Охарактеризовать проблемы клиента.

Подчеркивается, что на бланке отражены все шесть этапов процесса консультирования, которые разбиты на мелкие подэтапы. Преподаватель просит расположить каждый из подэтапов последовательно один за другим, проставляя на бланке порядковый номер каждого подэтапа. Подэтапы логичны, невозможно переставить их, один этап не может перескочить другой.

Задание слушатели могут обсуждать друг с другом, используя при этом общую шестиэтапную схему.

После того как группа завершила задание, начинается его проверка.

Бланк «Этапы процесса консультирования (правильный вариант)»

1. Установить контакт с клиентом.
2. Поощрять клиента к рассмотрению возникших у него проблем.
3. Фиксировать чувства клиента.
4. Охарактеризовать проблемы клиента.
5. Точно определить проблему.
6. Помочь клиенту выдвинуть альтернативы решения проблем.
7. Составить письменный список вариантов решения проблем.
8. Обсудить возможные варианты решения проблем.
9. Выбрать альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно.
10. Критическая оценка выбранных альтернатив решения.
11. Составить план реалистического решения проблем.
12. Последовательная реализация плана решения проблем.
13. Оценить уровень достижения цели (степень разрешения проблемы).
14. Обобщить достигнутые результаты.
15. При необходимости уточнить план решения проблем.

Преподаватель должен пояснить, что подэтапы в упражнении очень маленькие, в реальном процессе консультирования они могут соединяться, представляя собою единое целое. Важно их не пропускать, не менять местами. Они могут следовать только друг за другом.

Естественно, все шесть этапов невозможно пройти за одну встречу. На первой встрече можно только исследовать проблему, особенно если проблема серьезная. Если консультант не исследовал ее до конца — дальше будет искажение. Может быть и так, что консультанту на исследование проблем понадобится три встречи. Но пока проблема не исследована — нельзя ее определить, пока она не определена — нельзя заниматься поиском альтернатив.

Проведение первичной беседы. Цели первичной беседы

В процессе консультирования условно выделяют три временных этапа — начало, середину и завершение.

Очень важна для дальнейшего контакта консультанта с клиентом первая встреча. Клиент приходит за помощью с двумя сильными чувствами — тревогой и надеждой. Консультант необходимо снизить тревогу и укрепить надежду.

Задача консультанта в начале встречи — помочь почувствовать клиенту себя в безопасности, снизить тревогу, напряжение, волнение. Прежде всего консультанту необходимо проявлять **активность.** Право **первого вопроса** принадлежит консультанту.

Цели первой консультативной встречи.

1. Поощрять открытое, искреннее и всеобъемлющее общение по проблемам, которые клиенту хочется обсудить во время встречи.
2. Продвинуться в направлении более глубокого понимания клиента.
3. Передать клиенту понимание того, что он должен быть активным участником решения своих проблем.
4. Обозначить направление дальнейшей работы.

Одна из основных целей консультирования — помочь клиенту, обратившемуся за консультацией, понять себя посредством глубокого самоизучения. При консультировании должна быть создана такая атмосфера, при которой молодой человек сможет свободно говорить о самых щекотливых вопросах. Даже о том, о чем не представлял до начала беседы.

Подросток очень чувствителен к поведению консультанта, он оценивает, дружелюбен ли консультант и не слишком ли самоуверен. Первая встреча устанавливает стиль и тон всего последующего общения. Очень важно продемонстрировать принцип уважения к клиенту, вне зависимости от того, нравится или не нравится консультанту его поведение.

Первая встреча начинается со знакомства. Когда подросток входит в кабинет, консультант должен представиться, спросить имя клиента (или как он хочет, чтобы его называли), предложить стул. Желательно использовать короткие пометки на бумаге, так как консультант не может запомнить всю информацию, которую слышит от клиента. Чаще всего при знакомстве первое, что забывается, — это имя собеседника.

Для обеспечения непрерывности процесса консультирования можно использовать табличку с надписью «Просьба не входить, идет консультация», которая вывешивается на дверь. Постороннее вмешательство может помешать установлению контакта, сбить подростка с мысли или вообще подорвать его доверие консультанту.

Целесообразно также сказать, сколько времени будет длиться консультация, и гарантировать полную конфиденциальность, если это требуется.

Необходимо обратить внимание на то, как входит клиент — твердым, решительным шагом или неуверенно, это может помочь оценить характер клиента; если на консультацию пришли несколько членов семьи, кто первый и как входит в кабинет, так как это часто отражает взаимоотношения и распределение ролей в семье.

После знакомства немного времени уделяется общепринятым фразам, которые уменьшают напряжение в начале встречи. Чем чаще консультант обращается к подростку по имени, тем быстрее он почувствует индивидуальное отношение к себе и сможет раскрыться.

Обращение к подростку на «Вы» или на «ты». Возможна и та, и другая форма обращения, но более естественным будет диалог с подростком (9–14 лет) на «ты», а с подростком (15–19 лет) — на «Вы».

Первая задача консультанта — помочь почувствовать клиенту себя в безопасности, снять тревогу, напряжение, волнение, которые мешают клиенту общаться. Подростки могут проявлять излишнюю возбужденность, волнение, раздражительность, могут быть подавлены или начать паясничать. Задача консультанта — не дать этим чувствам препятствовать самовыражению.

Один из эффективных приемов — привлечь внимание клиента к его настроению. Консультант должен дать подростку право быть раздраженным или грустным, взволнованным или агрессивным. Прежде всего, консультанту необходимо проявить активность. Клиент надеется, что консультант первым начнет беседу.

Напряжение можно снять следующими вопросами:

1. Вы, кажется, испуганы?
2. Что Вас беспокоит?
3. Не боитесь ли Вы моих вопросов?

Можно просто предложить удобно расположиться и расслабиться. Консультант должен объяснить, что клиент сам выбирает, о чем и сколько говорить.

Беспокойство клиента при первой встрече снижается после его ознакомления с процедурой консультирования. Одни понимают консультирование как волшебную силу, где мудрые советы обладают магическим действием, другие — как скорую помощь, реанимацию.

Правильное объяснение процесса консультирования — где подчеркивается зависимость успеха от сотрудничества консультанта и клиента — помогает клиенту уменьшить свою тревогу и скорректировать ожидания.

В начале встречи важно выяснить, кто инициатор обращения за консультацией, сам клиент или его родители, близкие, друзья, учителя. Если клиент приходит не по собственной инициативе, велика вероятность его сопротивления консультированию, так как у него нет мотива. Это может создать консультанту определенные трудности по формированию необходимой мотивации для встречи.

Право первого вопроса принадлежит консультанту. Переходя к разговору о причине обращения подростка, следует избегать вопроса «В чем проблема?», а заменить его на более нейтральные формулировки: «Что Вас привело?», «О чем бы Вы хотели поговорить?».

Если клиент волнуется, прежде всего нужно спросить о чувствах, которые его тревожат, помочь их выразить вербально. Первые вопросы необходимо тщательно продумывать, так как клиенты, не имея вначале доверительного отношения к консультанту, не хотят отвечать на некоторые вопросы. Если консультант задает много вопросов, клиент теряется, не знает, что говорить. Это не способствует инициативе со стороны клиента, в этой ситуации консультанту приходится продолжать расспрос.

В начале беседы следует избегать конкретности, чтобы представить ситуацию клиента полностью, многогранно. Возникающие важные вопросы нужно запоминать или помечать на бумаге. Может быть, клиент сам затронет их в ходе беседы. Позже можно задать вопросы, которые помогут до конца прояснить ситуацию.

Во время первой встречи необходимо внимательно выслушать клиента, чтобы определить круг проблем и трудностей. Как правило, существует три основных направления исследования проблем: информированность, поведение, установки. Выслушав подростка, консультант может определить, в какой из нижеуказанных зон подросток испытывает затруднения.

Сфера существующих затруднений	Задача консультанта
Информация ▪ Отсутствие. ▪ Неполная. ▪ Искаженная.	Определить степень информированности подростка *Вопросы консультанта:* ▪ *«Что вы знаете....?»* ▪ *«Какой информацией вы располагаете?» и др.*
Поведение ▪ Отсутствие навыков. ▪ Сформированное поведение (часто деструктивное).	Определить наличие необходимых навыков или обсудить пути изменения сформированного нежелательного поведения подростка. Вопросы консультанта: ▪ *«Как вы поступили в этой ситуации?»* ▪ *«Что вы делали...?» и др.* ▪ *«Как бы вы хотели поступить?»*
Установки (отношение) ▪ Не сформированы. ▪ Являются рациональными (реальны, доказуемы). ▪ Являются иррациональными (содержат в себе слова: «все», «никто», «всегда», «никогда», «должен» и т. д).	Понять образ мышления подростка, наличие иррациональных установок и обсудить пути их изменения. Вопросы консультанта: ▪ *«Как вы относитесь к...?»* ▪ *«Как вы оцениваете...?»* ▪ *«Вы считаете...?»*

Основное внимание следует обратить на:

- понимание проблемы клиентом;
- причины ее возникновения;
- попытки решить ее;
- связанные с ней трудности и сопутствующие факторы.

Не надо прерывать клиента и показывать свое отношение к его точке зрения, необходимо избегать как негативных, так и положительных оценок, не надо предлагать каких-то лично своих объяснений и делать поспешные выводы.

Часто во время первой встречи клиент говорит не об одной проблеме, так как проблема никогда не бывают единственной, тем не менее, существует связь между разного рода событиями, чувствами и установками. Уловив эту связь, консультант получит возможность эффективнее вести беседу. Главное — уметь внимательно слушать.

С начала первой встречи консультант должен стремиться к тому, чтобы клиент принял на себя ответственность за свои проблемы, чтобы он ушел от консультанта не более счастливым, а более уверенным в своих силах, с пониманием того, что следует что-то менять в своей жизни и в себе.

Во время первой консультативной встречи необходимо:

1. Поощрять открытое, искреннее и всеобъемлющее общение по проблемам, которые клиенту хочется обсудить во время встречи, с раскрытием факторов, которые вызывают эти проблемы.

2. Продвинуться в направлении более глубокого понимания клиента, большего уважения к нему и взаимопонимания.
3. Передать клиенту понимание того, что он должен быть активным участником решения своих проблем.
4. Обозначить направление дальнейшей работы.

Завершая первую консультацию, необходимо отметить позитивные сдвиги клиента на пути преодоления трудностей, затем спросить, как клиент себя чувствует, сказать ему, что будете рады видеть его и он имеет возможность снова обратиться за консультацией. Важно завершить консультацию в назначенное время.

Если клиент в состоянии гнева или отчаяния хочет уйти до окончания консультации, скажите клиенту, что несмотря на то, что он уходит расстроенным, двери вашего кабинета всегда открыты, и вы надеетесь увидеть его вновь. Этот момент очень важен, так как поведение подростков может быть очень провокационным и обычная реакция для них — отторжение. Реакция консультанта другая, и подросток может вернуться.

Очень часто существуют завышенные ожидания от встречи. Консультант исследует проблему, задает вопросы, а клиент на все отвечает — нет, нет, нет. Консультант не понимает, зачем человек пришел. В этой связи следует спросить на начальных этапах первой беседы: «Что Вы ожидаете от нашей встречи?»

Обязательно следует подчеркнуть клиенту, что успех зависит от активности и ответственности обоих участников процесса консультирования. Если приходят родители и говорят: «Я хочу, чтобы Вы помогли мне повлиять на моего подростка», — следует сразу развеять эти ожидания. Мы можем влиять только на того, кто с нами в кабинете. Он может только сам на себя влиять. Естественно, мы не можем влиять на третье лицо. Следует прямо сказать об этом и не тратить собственные силы.

Это связано с тем, что у вас разные цели: вы думаете, как вашему клиенту адаптироваться к подростку, а он будет хотеть совершенно другого и не слушать вас. Цель прихода должна быть определена изначально, что и выясняется вопросом: «Для чего Вы пришли? Что Вы ждете, какова Ваша цель?».

Консультирование не ориентировано на результат. Консультант не знает, какое решение примет человек. Консультирование ориентировано только на процесс. Если человек ничего не захочет делать, в этом случае даже все неимоверные усилия консультанта ни к чему не приведут. Он все равно ничего не будет делать. Не потому, что консультант плохо спланировал. Все что консультант мог сделать со своей стороны, он сделал. Дальше — ответственность самого клиента.

Трудные моменты консультирования. Молчание, плач клиента, угроза самоубийством, немотивированные клиенты

При изложении вопроса преподаватель может поинтересоваться, какие ситуации были бы для консультанта сложными, по мнению присутствующих. В ходе обсуждения выделяются четыре основные группы трудных ситуаций: молчание клиента, его плач, угроза самоубийством и немотивированные клиенты.

Молчание клиента. Очень часто человек чувствует себя неуютно, когда обрывается беседа и наступает пауза молчания, которая кажется бесконечно долгой. Однако умение молчать — один из важнейших навыков консультирования. Для консультанта, умеющего быть чутким к различным смыслам тишины и научившегося создавать и использовать паузы в консультировании, молчание становится особенно ценным в силу того, что оно:

- увеличивает эмоциональное взаимопонимание консультанта и клиента;
- предоставляет возможность клиенту «погрузиться» в себя и изучать свои чувства, установки, ценности и поведение.

Молчание в консультировании имеет следующее значение:

1. Может выражать тревогу клиента, плохое самочувствие, растерянность из-за самого факта консультирования, особенно в начале беседы.

2. Периодические паузы молчания делают беседу более целенаправленной. Клиент во время пауз может обдумать свой дальнейший рассказ и ранее высказанное, консультант в это время анализирует беседу и формулирует вопросы.

3. Молчание может означать, что и клиент и консультант надеются на продолжение беседы со стороны друг друга.

4. Пауза молчания может означать тупик, в этом случае происходит поиск нового направления беседы.

5. Молчание может выражать сопротивление клиента процессу консультирования. Позиция клиента тогда такова: «Сможет ли консультант сдвинуть меня?»

6. Иногда паузы молчания возникают, когда беседа протекает на поверхностном уровне и избегается обсуждение наиболее важных вопросов.

7. Молчание может подразумевать глубокое обобщение без слов.

Когда клиент умолкает и пауза длится долго, консультанту уместно спросить: «Вы задумались. Что сейчас при этом чувствуете? Что важно для Вас в этом молчании?» Необходимо помнить, что клиент сам отвечает за свое молчание и может быть таким в консультативном процессе, каким ему хочется, стало быть, и молчать.

Клиент плачет. Клиент во время консультации может начать плакать или рыдать и тем самым заставить консультанта почувствовать себя неловко, неудобно. Большинство консультантов стараются удержать клиентов от плача и направляют на это часть своих усилий. Иногда консультант чувствует себя виновным в сложившийся ситуации, считает, что довел клиента до слез, склонен принимать на себя ответственность за его слезы. Однако в действительности не консультант доводит клиента до слез и не он — причина жизненных трудностей и личных проблем клиента.

Клиенты плачут из-за своих проблем, и консультант здесь ни при чем. Клиент нередко начинает и прекращает плакать без вмешательства консультанта. Если клиент расплачется, надо позволить ему плакать. Попытаться остановить плач — не самое лучшее — действие.

Консультанту необходимо помнить, что в плаче клиента имеются свои положительные моменты. Во-первых, он помогает излить эмоции. В таких ситуациях консультант должен отметить, что это нормально, это естественная реакция, когда человеку плохо. Клиент, таким образом, имеет возможность выразить свои чувства. Подходящее действие консультанта в этом случае — немного подождать, через некоторое время плач прекращается.

Во-вторых, клиент может использовать плач, чтобы вызвать сочувствие консультанта или прекратить дальнейшие выяснения. Это прием с его стороны, который скоро закончится, если позволить ему плакать. Более того, клиент получит урок, что консультантом нельзя манипулировать так же, как он это делал раньше с другими людьми.

Угроза самоубийством. В ситуации, когда клиент угрожает **самоубийством,** следует знать, что большинство молодых людей, которые угрожают самоубийством, его не совершают, но, тем не менее, находятся в достаточно отчаянном состоянии и таким образом хотят привлечь к себе внимание. Паническая реакция со стороны консультанта может напугать подростка, поэтому консультанту необходимо быть в этой ситуации более уравновешенным, соблюдать спокойствие.

Фактически остановить от самоубийства того, кто хочет это сделать, невозможно. Правильно будет сказать подростку: «Хотя никто не может помешать человеку лишить себя жизни, но я был бы чрезвычайно опечален, если бы это произошло. Мы только начали узнавать друг друга,

и я вижу многое, что мне нравится и восхищает в тебе. Те, кто совершает самоубийства, часто одиноки, так как они чувствуют, что у них нет никого, кому было бы до них дело». Таким образом, консультант демонстрирует подростку, что ему не все равно, что происходит с подростком, и это может дать ему надежду, шанс найти другую альтернативу кроме самоубийства в разрешении своих проблем.

Некоторые молодые люди угрожают самоубийством в качестве манипулирования, чтобы все было так, как они хотят. Они также нуждаются в помощи, но им нужно показать, что есть другие способы получить внимание и заботу, в которых они нуждаются. Наиболее ценный подход — сказать о положительных чувствах, которые вызывает клиент, или что-то другое хорошее о нем, что способствует повышению самооценки клиента.

Самая неподходящая реакция для консультанта — запаниковать, идя на поводу у собственного беспокойства и бессилия. Поскольку самоубийство трагично, каждый консультант должен сам определить свое отношение к этому и, как следствие, поведение в такой ситуации. Чем лучше взаимопонимание с клиентом, тем менее вероятно, что самоубийство произойдет. Следует помнить, что лучшее предупреждение самоубийства — максимальный упор на создание доверительного взаимопонимания с клиентом.

Немотивированные клиенты. Нередко бывает, что на консультацию попадают подростки не по своей воле и отвергают роль клиента, которую ему навязывают. Такая ситуация является источником стресса для консультанта. Надежды людей, направивших клиента, ложатся на плечи консультанта тяжелой ношей и становятся своеобразным экзаменом его умений и навыков. Большинство консультантов испытывают обязанность «перевоспитать» клиента.

Если у клиента отсутствует мотивация, консультант часто обнаруживает, что направившие подростка люди решают таким образом свои проблемы и используют консультанта в качестве наказывающей силы. Особенно высок процент принудительно консультируемых подростков в школах. Если «немотивированный» клиент все-таки вынужден по каким-либо причинам посещать консультанта, обычно свое сопротивление он выражает по-разному: пропускает встречи, опаздывает, безразличен ко всему, что происходит во время консультирования, отказывается принять ответственность, молчит, уныло крутит пуговицу, всем своим видом демонстрируя, что просто отсиживает время.

Казалось бы, самое простое решение, которое напрашивается, — отказаться от работы с такими лицами. Однако это не всегда возможно. Например, в школе, в больнице, в консультативном центре, где консультант вынужден оказывать помощь подросткам, которые не сами обратились за ней, а направлены учителями, врачами или приведены родителями.

Следует отметить обязательность конфиденциальности при консультировании. Не лишним будет информировать подростка, что все, что он расскажет консультанту, останется в стенах кабинета.

6.5 Конфликтология, способы предупреждения и разрешения конфликтов

На начальном этапе рассмотрения данной темы группа обсуждает, что такое конфликт. Участникам предлагается подумать и назвать вслух первые ассоциации, возникающие в ответ на слово «конфликт». Все высказанные ассоциации преподаватель записывает на большом листе и на основании списка составляет определение конфликта.

Конфликт — это взаимодействие, основанное на столкновении противоположных взглядов, интересов, ценностей, при котором каждая из сторон в острой конкурентной борьбе старается добиться своей цели.



Внимание! При обсуждении упражнения нужно обратить внимание участников на то, что большая часть записанных ассоциаций отражает эмоциональные переживания, возникающие в процессе конфликта. Это позволяет сделать вывод о том, что первое, с чем сталкивается человек в конфликте, — это отрицательные эмоции.

Эмоции в конфликте

Эмоции служат показателем наших взаимоотношений и жизненных достижений. Они помогают определить направление движения и приближение к жизненно важным целям, способствуют полноте ощущений жизни и создают нормальные взаимоотношения. Необходимо осознавать взаимосвязь мыслей и чувств, энергии и действий человека.

Энергия движется по человеческому телу и регулирует или напряжение, или расслабление организма. От силы этой энергии зависит уровень наших чувств, характер мыслей и действий. Мозг — огромный компьютер, который «считывает» и расшифровывает в мыслях наше эмоциональное состояние, отношение к партнеру и окружающему миру. А энергетический поток, как провод, соединяет мышление, эмоции и действия личности на сознательном и подсознательном уровнях. Если человек способен управлять своими эмоциями, вовремя высвобождаться от них, то не происходит застоя отрицательных чувств, и тогда в глубинах души не осаждаются страх, неуверенность, гнев.

Понятно, что, попадая в конфликтную ситуацию, нас захватывают отрицательные эмоции, и заниматься поиском причин конфликта и тем более его разрешением не имеет никакого смысла. Следует сначала освободиться от переживаний.

Отрицательные эмоции могут стать созидательными при условии, что человек научится ими управлять: не разжигать их и не подавлять. Отрицательные эмоции или способны разрушить человека изнутри, если постоянно их сдерживать, или разрушат окружающий микроклимат при неуправляемой разрядке.

Существуют социально-приемлемые способы выхода отрицательных эмоций.

Преподаватель спрашивает у участников, какие, на их взгляд способы эмоциональной разрядки они знают. Могут быть названы следующие способы: занятия спортом; эмоциональная разрядка в виде плача; секс; общение с друзьями, смех; водные процедуры и т. д. На основании этого можно высказать мысль, что для эффективного разрешения конфликтных ситуаций необходимо научиться управлять своими эмоциями и своевременно и систематически освобождаться от их отрицательной части.

Способы разрешения конфликтных ситуаций

Преподаватель обращает внимание слушателей на то, что в решении конфликтной ситуации центральным является определение причины возникновения конфликта. Внешняя причина, связанная с деловыми неурядицами, рассматривается как следствие, а внутренняя причина, связанная с отрицательными эмоциональными отношениями, часто скрыта. Участники конфликта тщательно прячут истинные внутренние причины (или иногда даже не осознают их) и стремятся к решению конфликта по пути предотвращения следствия, а не причины.

В конфликтной ситуации различают две модели/шаблона поведения: конструктивный и деструктивный. В основе деструктивного лежит разрушительная тактика поведения, при которой говорить об эффективном разрешении конфликта не представляется возможным. К тому же при использовании деструктивных стратегий поведения лишь одна сторона достигает желаемого результата, а вторая, не получая ничего, остается скрытым врагом. Вторая, конструктивная модель решения вопросов является наилучшей, так как в результате обе стороны достигают желаемой цели.

Однако подход «выиграть/выиграть» не каждому дается легко, он требует специальных навыков, так как стереотипы поведения, заложенные в детстве, часто являются преградой конструктивному поведению. Ярким примером этому служит ситуация из раннего детства, в которой ребенок, возвратившись из детского сада или школы, говорит родителям, что его обидели, а в ответ он слышит: «Не знаешь, что делать? Дай сдачи». Есть и другая, противоположная реакция старших: «Не ввязывайся, уступи». Такие установки со стороны родителей не помогут ребенку найти причины конфликта и его конструктивного решения.

Как только мы сталкиваемся с конфликтной ситуацией или видим, как она на нас надвигается, мы можем заранее продумать возможные верные пути решения. Однако делаем это не всегда, часто используя привычные реакции, считая их естественными, хотя на самом деле речь идет просто о привычке. Если каждый раз вы реагируете на конфликт сходным образом, значит, вы выработали у себя одну из нескольких «конфликтных привычек».

Особое место в оценке моделей и стратегий поведения личности в конфликте занимает ценность для нее межличностных отношений с противоборствующей стороной. Если для одного из соперников межличностные отношения с другим (дружба, любовь, товарищество, партнерство и т. д.) не представляют никакой ценности, то и поведение его в конфликте будет отличаться деструктивным содержанием или крайними позициями в стратегии (принуждение, борьба, соперничество, уход). И наоборот, ценность межличностных отношений для субъекта конфликтного взаимодействия, как правило, является существенной причиной конструктив-

ного поведения в конфликте или направленностью такого поведения на компромисс, сотрудничество или уступку.

Упражнение «Необычный орех»



Для выполнения данного упражнения преподаватель делит участников на две группы. Каждой группе дает карточку с информацией, которую им необходимо внимательно изучить. Слушатели изучают полученные тексты, в процессе чего переговариваться и что-либо обсуждать с участниками второй группы запрещается. Через 3 минуты карточки возвращаются к преподавателю, который обращается к участникам: «Представляю вам ваших соперников (укажите на вторую команду). Ваша задача провести переговоры с соперниками и разрешить спор. На это у вас есть 10 минут».

Информация для первой группы:

«Однажды, находясь на отдыхе в одной из стран Востока, вы встретили мудреца, который рассказал вам, что проблемы со здоровьем могут закончиться, если вы выпьете отвар из скорлупы необычного ореха, растущего на необитаемом острове.

Неимоверными усилиями вы добрались до этого острова и вдруг на вашем пути появились соперники, которые также желают получить этот орех.

Ваша задача провести переговоры с соперниками и разрешить спор».

Информация для второй группы:

«Однажды, находясь на отдыхе в одной из стран Востока, вы встретили мудреца, который рассказал вам, что проблемы со здоровьем могут закончиться, если вы съедите ядрышко необычного ореха, растущего на необитаемом острове.

Неимоверными усилиями вы добрались до этого острова, и вдруг на вашем пути появились соперники, которые также желают получить этот орех.

Ваша задача провести переговоры с соперниками и разрешить спор».



Внимание! Как правило, слушателям не удается достичь согласия и конструктивно разрешить конфликт, в лучшем случае им удается использовать стратегию поведения «компромисс», в результате чего они делят орех пополам.

Вопросы для анализа ситуации:

Удалось ли вам разрешить конфликт, и какую стратегию поведения выбрала ваша команда? Что для вас оказалось наиболее сложным в процессе переговоров? Каким образом можно было улучшить процесс переговоров?

Один представитель из каждой команды пересказать вслух прочитанную в начале упражнения инструкцию. На данном этапе участники обеих команд осознают, что в данной ситуации возможно было разрешить ситуацию сотрудничеством, при условии выяснения потребностей двух сторон.

В том случае, если участники смогли разрешить конфликт, используя стратегию «сотрудничество», в результате каждая команда получила то, что ей было нужно.

- Что помогло вам найти способ решения данного спора?
- Какие чувства вы испытывали в процессе переговоров и в завершении спора?

6.6 Консультирование родителей

Задачи консультанта:

- определить цель обращения (мотивация);
- разделить ответственность, приглашая к сотрудничеству;
- показать родителю его роль в сложившейся ситуации;
- проводить консультирование по стандартной схеме.

Восприятие проблем во взаимоотношениях «родитель — подросток»

- Трагическое восприятие.
- Пассивное восприятие.
- Активное преодоление.
- Адекватное приспособление.

Трагическое восприятие

- до возникновения проблем родитель (и) имели негативное представление о подростковом периоде
- в содержании проблем большую часть занимают эмоции
- до возникновения проблемы имели место трудности во взаимоотношениях с подростком
- растерянность, отсутствие способов выхода из ситуации

Во взаимодействии с данной группой родителей особое внимание стоит уделить технике «отражение чувств». Это поможет снизить эмоциональное напряжение. Стоит поговорить об особенностях подросткового периода, обозначив, что большинство родителей и почти все подростки переживают трудности в этом возрасте. Обсудить круг проблем и четко сформулировать цель (можно попросить написать ее на бумаге, что даст возможность переключиться с уровня переживаний на уровень рассуждений).

Пассивное восприятие

- нет четких целей
- отсутствует мотивация
- убеждение, что нет возможности влиять на ситуацию
- убеждение, что все способы исчерпаны
- просьба дать совет

Чаще всего приходят на консультацию не по своей инициативе. Оптимальным направлением в работе с данной группой родителей будет диалог с использованием открытых вопросов. В данном случае необходимо помочь родителю осознать его исключительную роль в разрешении трудностей (техники ободрения и поощрения). Консультант не должен давать советов, даже если собеседник будет на этом настаивать.

Активное преодоление

- оптимистично настроены
- готовы к сотрудничеству
- ориентированы на быстрый результат
- имеют опыт разрешения трудностей
- имеют цель, ориентированную на свои потребности

Как правило, эти родители быстро идут на контакт с консультантом. Готовы обсуждать трудности и действовать. Однако, они ориентированы на быстрый результат, так как эти проблемы мешают их социально-активной жизни. Из-за этого, не получив желаемого за 15 минут, они рискуют попасть в первую группу (трагического восприятия). Поэтому консультант должен объяснить, что для того, чтобы добиться успеха, не стоит торопиться. Возможно, понадобится несколько встреч.

Адекватное приспособление

- осознают сложность ситуации
- мотивированы
- имеют цель, ориентированную на подростка
- готовы к рассмотрению разных вариантов выхода из ситуации

Грамотные действия консультанта помогут адекватно настроенному родителю справиться с существующими затруднениями.

6.7 Закрепление материала

6.8 Подведение итогов занятия

Преподаватель напоминает последовательные шаги консультативного процесса, перечисляет основные цели первичной беседы, отмечает основные трудные моменты, возникающие в работе консультанта.

ЗАНЯТИЕ 7

Консультирование (практикум)

Вид занятия: практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: обобщить и закрепить знания по консультированию подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- структуру процесса консультирования;
- этапы процесса консультирования;
- приемы активного слушания;
- трудные моменты консультирования;

б) должны уметь: владеть техникой консультирования.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;
3. Карточки с перечнем вопросов по теме «Репродуктивное здоровье»;
4. Ситуационные задачи по теме «Репродуктивное здоровье».

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
7.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
7.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
7.3	Обобщение и закрепление темы «Консультирование». Вопросы темы: 1. Интервьюирование участников семинара. 2. Репродуктивное здоровье подростков и молодежи.	Упражнение «Интервью в сфере репродуктивного здоровья» Ситуационные задачи	45 мин 45 мин
7.4	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	5 мин
7.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

7.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

7.2 Актуальность темы

В жизни порой возникают ситуации, когда сами консультанты не готовы обсуждать различные темы в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. Нередко существующие общественные предрассудки, табу или просто невежество в тех или иных вопросах, укоренившиеся в нашем сознании, не всегда позволяют эффективно и открыто вести диалог с подростком на интересующую его тему.

7.3 Консультирование

Упражнение «Интервью в сфере репродуктивного здоровья»

В начале занятия преподаватель должен обратить внимание слушателей на то, что тематика семинара связана с консультированием в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, поэтому им придется обсуждать такие темы, которые могут быть щекотливыми для них самих. В своей профессиональной деятельности каждый консультант должен знать степень своей свободы обсуждать ту или иную ситуацию. При обсуждении любой темы в области репродуктивного здоровья, необходима готовность консультанта ее обсуждать, так как иначе он не будет способен беспристрастно ее анализировать. Следует отметить, что анализ и рациональное обсуждение не должны быть подвержены эмоциональному воздействию. Клиент приходит на прием, потому что он эмоционально дестабилизирован, находится в такой ситуации, которую не может самостоятельно анализировать.

Задача консультанта — анализировать проблему совместно с клиентом, при этом необходимо выражать сочувствие, сопереживать с ним. Однако очень важно не «заболеть» проблемой клиента. Особенно, если у консультанта была схожая проблема в собственной жизни.

Группе предлагается выполнить **упражнение «Интервью в сфере репродуктивного здоровья».**



Группа делится пополам. Первая половина становится в шеренгу, спиной к окну, и им даются карточки с одинаковым перечнем вопросов. Другая половина подходит к первой шеренге и становится напротив, образуя пары. Первая шеренга начинает задавать вопросы своему собеседнику напротив. Нельзя никуда отходить, необходимо четко соблюдать шеренги.

Спрашивающий может задать любой вопрос из карточки своему собеседнику, а тот может отвечать, либо, если не хочет, может сказать: «Следующий вопрос». Тогда спрашивающий переходит к другому вопросу.

Опрос продолжается 2–3 минуты. Далее преподаватель всех останавливает и предлагает сдвинуться на одного человека влево. При этом последний участник переходит в начало шеренги и занимает место напротив нового собеседника.

Обсуждение продолжается еще две минуты, после чего преподаватель опять останавливает группу и предлагает еще раз передвинуться.

После четвертой смены собеседников преподаватель предлагает им поменяться ролями, спрашивающие передают карточки с вопросами своим партнерам. Теперь вторая шеренга начинает спрашивать, а их партнеры отвечать. Опрос продолжается, пока не будет сделано еще два передвижения.

После возвращения слушателей на свои места начинается обсуждение. Преподаватель задает вопрос: «Ваши ощущения от упражнения? Что сложного было в упражнении? В какой ситуации Вы испытывали дискомфорт? Что понравилось?»

Преподаватель поясняет, что у них были разные собеседники по возрасту и полу. Участники и задавали вопросы, и отвечали на них. У всех были разные ощущения в разных ситуациях. Так и должно быть, потому что не может быть все одинаково. Преподаватель комментирует ответы, в том числе обобщая их и резюмируя.

У подростков тема репродуктивного здоровья является значимой, и они заинтересованы в получении информации о ней.

Данное упражнение слушатели выполняют с целью определения своей готовности и способности обсуждать подобные вопросы. Следует помнить, что, если консультант не готов обсуждать какую-либо тему, не стоит браться за нее, лучше адресовать подростка к коллеге, который готов эту тему обсудить с ним.

Решение ситуационных задач в сфере репродуктивного здоровья подростков

Для решения ситуационных задач в сфере репродуктивного здоровья подростков участники семинара делятся на 3 подгруппы, которые работают самостоятельно в аудитории в течение 20 минут.

Каждой подгруппе предлагается задача в области репродуктивного здоровья по наиболее часто встречаемой проблеме, с которой сталкиваются подростки (контрацепция, ИППП, ВИЧ, СПИД, психофизиологические особенности подросткового возраста).

Варианты ситуационных задач

1. Ситуационная задача по теме «Контрацепция»

Девочка, 17 лет, пришла к Вам на прием через 24 часа после незащищенного полового контакта, имеет постоянного полового партнера. Ведет нерегулярную половую жизнь.

Задание:

Ответьте на следующие вопросы, применительно к данной ситуации:

Как установить доверительный контакт с пациенткой?

Какая дополнительная информация Вам нужна?

Как Вы определите, в чем проблема пациентки?

Какой метод контрацепции необходим в данном случае?

Какие рекомендации по предотвращению подобной ситуации в будущем можно дать?

Как определить эффективность Вашей консультации?

Варианты решения:

- Невербальное общение, открытые вопросы, отсутствие критических оценок.
- Гинекологический анамнез. Использование контрацептивов.
- Определить истинный мотив обращения к врачу — задать вопрос, что конкретно волнует пациентку: беременность, контрацепция, др.
- Экстренная контрацепция.
- Долговременная контрацепция.
- Повторный прием.

2. Ситуационная задача по теме «Инфекции, передающиеся половым путем»

У Вас на приеме мальчик, 16 лет, ведет половую жизнь, имел более одной половой партнерши, не всегда использует презерватив. У товарища, с которым была общая половая партнерша, появились симптомы ИППП.

Задание:

Какая дополнительная информация Вам необходима для определения проблемы?

Определите цель консультирования.

Составьте список возможных альтернатив решения проблемы.

Варианты решения:

Необходимая дополнительная информация:

- выяснить, есть ли ИППП у товарища (есть ли симптомы);
- есть ли признаки ИППП у клиента;
- узнать, когда имел связь с подозрительной партнершей;
- определить уровень знаний у клиента по вопросам ИППП.

Цели консультирования:

- определить наличие (отсутствие) ИППП у клиента;
- мотивировать клиента на использование презерватива.

Альтернативы решения:

- обследование у участкового уролога, партнерши — у гинеколога;
- постоянное использование презерватива;
- наличие постоянного полового партнера.

3. Ситуационная задача по теме «Психофизиологические особенности развития подростков»

Девочка, 16 лет. Ученица 11 класса, не живущая половой жизнью, обратилась к Вам по поводу маленького размера груди.

Задание:

Составьте перечень возможных мотивов/причин обращения девочки к врачу.

Какие возможные варианты действий Вы ей можете предложить?

Варианты решений:

1. Возможные причины
Физиологические:

- задержка полового развития

Психологические:

- мифы;
- неуверенность в сексуальной привлекательности;
- несоответствие секс-символу.

2. Варианты действий в случае, когда причиной являются конституционные особенности:

- определить источники дополнительного информирования;
- консультация психолога;
- физические упражнения на развитие мышц груди;
- коррекционное нижнее белье.

После выполнения упражнения группа собирается вместе и представляет свои варианты ответов на поставленные вопросы, позволяющие разрешить заявленную проблему. По ходу ответов преподаватель их комментирует, дополняя представленный слушателями правильный вариант ответов. При этом он отмечает те случаи, когда слушатели выходят за рамки требуемого объема информации.

7.4 Закрепление материала

7.5 Подведение итогов занятия

После завершения практикума преподаватель подводит итоги, подчеркивая, что слушатели получили навыки решения ситуаций, которые могут возникнуть у них в ходе процесса консультирования.

ЗАНЯТИЕ 8

Рекомендации начинающему консультанту

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: изучить основные проблемы в работе начинающего консультанта, особенности консультирования подростков.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- как преодолеть тревогу и напряжение начинающему работу консультанту;
- типичные ошибки в работе начинающих консультантов;
- процесс завершения консультирования;
- основные моменты консультирования подростков;

б) должны уметь:
- провести анализ консультативного процесса;
- завершить консультирование.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
8.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
8.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
8.3	Создание благоприятной атмосферы.	Упражнение («Подарок»)	5 мин
8.4	Изучение темы «Рекомендации начинающему консультанту». Вопросы темы: 1. Рекомендации начинающему консультанту. 2. Основные моменты консультирования подростков.	Лекция (презентация)	30 мин
8.5	Возможные ошибки в консультировании и пути их профилактики	Лекция (презентация)	15 мин
8.6	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	5 мин
8.7	Подведение итогов занятия и раздела семинара по теме «Основы консультирования».		25 мин

8.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

8.2 Актуальность темы

В работе начинающего консультанта встречается множество проблем, в том числе и необходимость справляться со своим волнением и тревогой. Нередко он затрудняется быстро, спокойно и самостоятельно ответить на возникающие в ходе консультативного процесса вопросы. При этом также существует опасность навязывания клиенту своего видения и высказывания советов, которые не способны решить проблему обратившегося за помощью подростка. Одновременно для профессионально подготовленного консультанта важно уметь вовремя завершить консультативный процесс.

8.3 Создание благоприятной атмосферы

Упражнение «Подарок»



Занятие начинается с разминки — упражнения «Подарок». Преподаватель предлагает всем участникам семинара по кругу высказаться о том «Что я хотел бы подарить тому, кто сидит рядом?». Называется то, что могло бы по-настоящему порадовать человека. Тот, кому «подарили», благодарит и объясняет, был бы он рад такому подарку или нет.

8.4 Рекомендации начинающему консультанту

Задача консультанта — помочь клиенту осознать свои проблемы и самостоятельно принять решение с дальнейшим действием и ответственностью за результат.

Для этого начинающему консультанту необходимо научиться:

а) преодолевать тревогу и напряжение;

б) оставаться самим собой;

в) учитывать уровень собственной компетенции;

г) не давать советы;

д) правильно завершить консультирование с обсуждением и согласованием оценок достигнутого результата.

1. Как преодолеть тревогу и напряжение.

Чаще всего источником тревоги и напряжения у консультанта являются вопросы, которые встают перед ним при отсутствии определенных ответов.

- Что скажу клиенту?
- Как следует разговаривать с клиентом?
- Смогу ли я помочь?
- Способен ли я понять, о чем говорит клиент?
- Что случится, если я ошибусь?
- Что клиент думает обо мне?
- Заметит ли клиент мою неопытность и как прореагирует на нее?
- Придет ли он в следующий раз?

Появление таких вопросов вполне естественно, поскольку консультант действительно сталкивается с самыми разными людьми. Некоторый уровень тревоги указывает на осознание профессиональной ответственности, а также на понимание непредсказуемости процесса консультирования. Тревога из-за вышеуказанных вопросов уменьшится, если консультант перестанет заранее оценивать себя и предстоящую встречу.

Истинные ответы на вопросы можно получить только при искренней заинтересованности к каждому клиенту, как к неповторимому человеку. Если тревога и напряжение возникают лишь в конкретные моменты консультирования, при столкновении с определенными клиентами или отдельными проблемами, важно вычленить, какие именно ситуации представляют угрозы, и свою практику, по крайней мере, вначале, строить так, чтобы меньше сталкиваться с источником напряжения. Эффективному анализу результативности собственной работы и избеганию эффекта «выгорания» на работе способствует обсуждение профессиональных вопросов с коллегами.

2. Как оставаться самим собой.

Все вопросы начинающего консультанта сводятся к одной проблеме: как правильно осуществить консультирование, что часто приводит к утрате самостоятельности, собственного стиля в консультировании. Консультант слушает клиента, старательно отражает его мысли и чувства, но из-за неуверенности в себе и боязни риска упускает подходящий момент для воздействия. Ошибки еще больше увеличивают напряжение и препятствуют естественному поддержанию беседы.

На практике чаще всего случаются две крайности. Одна — когда консультант в работе не проявляет себя как личность и старается не выходить за рамки профессиональных требований. Другая — когда консультант стремится доказать клиенту, что он такой же человек, как и клиент.

Часто неуверенность, свойственная начинающим консультантам, основана на нереалистических целях:

- я всегда должен помочь;
- я должен любить всех своих клиентов и радоваться им;
- я должен все понимать и проявлять максимум эмпатии;
- я обязан в любой момент понять, что происходит между мной и клиентом;
- я должен ответить на любые вопросы клиента.

Если консультант стремится реализовать такие требования к себе, он неизбежно станет жертвой профессиональной роли и полностью растворится в профессиональной деятельности.

Кроме того, слишком интенсивное и долго продолжающееся самораскрытие консультанта заслоняет клиента, и, следовательно, снижается эффективность консультирования. Очень важно стремиться к синтезу профессиональных навыков с личной идентичностью.

3. Как учитывать уровень собственной компетенции.

Выдвижение нереальных целей начинающим консультантом обусловлено стремлением к совершенству. Однако, затратив силы на создание образа совершенного специалиста, не всегда хватит энергии для реальной работы с клиентом.

Ошибки в работе допускают многие. Суть не в ошибках, а в достижении целей работы. Цели должны быть реалистичными, чтобы избежать ненужной фрустрации. Вместо жажды совершенства следует стремиться к профессионализму. Цель консультанта — не стать специалистом по разрешению всех проблем, а помочь конкретному клиенту принять на себя ответственность за собственные проблемы.

Следует помнить, что какой бы ни была проблема — неудачи в школе, курение или семейный конфликт, — понять ее можно только при анализе переживаний человека. Обязанность консультанта — понять клиента, а не найти ответы на вопросы, которые ставит перед клиентом жизнь. Таким образом, консультант — это не волшебник или мудрец, знающий все ответы и решения, а только человек, желающий и способный понять клиента.

Нередко консультант боится утратить уважение клиента, если скажет, что не способен помочь, однако признание ограниченности своих возможностей увеличивает уважение со стороны клиента. Для консультанта совершенно недопустимо обманывать клиентов, обнадеживать их нереальными обещаниями. Очень важно четко отражать успехи и изменения в жизни клиента, связанные с консультированием.

Большинство начинающих консультантов переживают из-за отсутствия быстрых результатов своей работы. Тем не менее, консультанту необходимо умение ждать в условиях неопределенности. Динамику разрешения проблем можно сравнить скорее с ломаной линией, чем с прямой. Самоизменение — это долгий, трудный и болезненный процесс.

Консультант обязан понимать, что без этого невозможно достижение позитивных результатов. Важно помнить, что подлинные результаты консультирования будут видны намного позже окончания совместной работы, так как консультирование подразумевает определенное вложение в будущее, в котором клиент сможет успешно функционировать на основе нового опыта и изменившихся установок.

Один из основных навыков консультанта — умение максимально посвящать себя клиенту во время приема и сразу же «отключаться» после его ухода. Большинство начинающих консультантов допускают ошибку, излишне заботясь о клиентах, тем самым, подвергаясь опасности «заболеть болезнью» клиента. Преувеличенная опека снимает с клиента ответственность, а консультанта превращает в безответственного опекуна. Обязанность консультанта не жалеть и опекать, а помочь клиенту найти и использовать собственные ресурсы.

4. Как не «раздавать» советы.

Большой трудностью для начинающих консультантов является способность удержаться от советов клиенту. Это происходит по разным причинам.

Во-первых, большинство людей любят, когда к ним обращаются за советами, и охотно дают их. Это льстит самолюбию человека.

Во-вторых, чаще всего клиент обращается к консультанту, требуя совета. Клиента не удовлетворяет обсуждение возможных альтернатив решения проблем — он хочет, чтобы мудрый консультант сам разрешил его проблему.

Следует помнить, что личность нельзя изменить советами, совет всегда бывает поверхностным, похожим на одностороннее движение, в то время как консультирование — обоюдное дело равноправных личностей.

Советы бывают не только неэффективными, иногда они могут приносить вред. Важно помнить основные причины, по которым консультанту необходимо воздерживаться от прямых советов клиенту:

- навязывание советов нарушает автономию личности. Мы не вправе решать за других. Задача консультанта — помочь клиенту найти собственные решения, осознать свободу действия, взять ответственность на себя за последствия, а не брать на себя ответственность за выбор вариантов жизни другого человека;
- получение советов увеличивает зависимость клиента от консультанта и тем самым отдаляет от конечных целей консультирования;
- следует помнить, что клиент уже прежде получил много противоречивых советов от друзей и знакомых и еще один совет лишь усилит неясность ситуации. В любом случае любой совет воспринимается как неправильный и вызывает сомнения в компетенции консультанта.

Если клиент настойчиво спрашивает, как ему себя вести, что делать в конкретной ситуации, возможны встречные вопросы: «Что Вы сами об этом думаете?», «Какие видите возможности для разрешения проблемы?», «Вы хотите, чтобы я принял на себя ответственность за Вас?», « Если я сейчас найду ответ вместо Вас, что Вы будете делать со своими проблемами в будущем?»

Когда консультант поощряет ответственное поведение клиента и помогает ему — клиент склонен решать свои проблемы самостоятельно. Собственные решения более значимы, и, соответственно, их проще реализовать на практике.

Попытки решать проблемы вместо клиента свидетельствуют о неверии в него как в человека, способного самостоятельно ответить на вопросы, поставленные жизнью.

5. Как завершить консультирование.

Прекращение консультативного контакта чаще всего происходит, когда клиент начинает ясно осознавать свои проблемы и свободу выбора решений или когда проблемы исчерпываются в ходе консультирования. Важно, чтобы сам клиент сформулировал результаты, которые были достигнуты. Именно конкретность свидетельствует об осознанном принятии клиентом произошедших перемен.

Задача консультанта — помочь клиенту конкретизировать свои достижения. Встречаются ситуации, когда мнение клиента и консультанта о сроке окончания встреч не совпадают.

Возможны два варианта. В первом варианте консультанту кажется, что пора прекратить консультирование, но клиент чувствует себя не готовым к этому и хочет продолжать встречи с консультантом посредством сохранения затруднений или возникновения новых. Как правило, все объясняется зависимостью клиента от консультанта. Консультирование нельзя прервать, пока клиент не сможет «передвигаться без опоры».

Во втором варианте к окончанию консультирования стремится клиент, хотя, по мнению консультанта, необходимые результаты еще не достигнуты. Нередко причина этого — неудовлетворенность консультативным контактом. Другая причина — в расхождении поставленных клиентом и консультантом целей. Клиент добивается ближайшей цели (решение конкретной проблемы), а консультант — долгосрочных перспективных целей. Разумеется, приоритет отдается целям клиента, так как консультирование против воли клиента бессмысленно.

Таким образом, **окончание консультирования** сводится к обсуждению и согласованию оценок достигнутого результата.

Основные моменты консультирования подростков

При консультировании подростков необходимо опираться на следующие основные моменты:

1	Подростковый возраст — это переходный период между детством и взрослой жизнью; это — естественный период, он сложный. Необходимо продемонстрировать подростку, что консультант готов ему помочь.
2	Основная задача консультанта — помочь подростку сделать осознанный выбор.
3	Отношения между консультантом и подростком должны основываться на уважении к личности.
4	Подростку надо помочь понять, что он: а) способен регулировать свою жизнь; б) имеет возможность принимать свои собственные решения; в) обязан действовать в соответствии с этими решениями; г) способен оценивать результат своих действий.
5	Консультант может помочь подростку понять себя лучше через его самораскрытие и понимание собственных сил и возможностей.
6	Консультант должен научить подростка отражать и дифференцировать свои чувства, стоящие за фактами. Подростки очень эмоциональны, их важно научить каким-либо образом корректировать себя, свои чувства, которые непроизвольны.
7	Консультант может показать, как принимать свои чувства, сказав, что чувства не произвольны.
8	Консультант должен понимать и объяснять клиенту, что поведение в отличие от чувств — произвольно.
9	Важно научить отличать поведение человека от его личностных качеств.
10	Очень важно для подростка совершить осознанное изменение в своем поведении.
11	Консультант может помочь подростку сначала сделать небольшие изменения в поведении.
12	Внутреннее удовлетворение от собственных успехов поможет подростку изменить свою жизнь и подвигнет на попытку более крупных изменений и на самопомощь.
13	Основной целью консультирования подростков является установление внутреннего контроля подростка над своим поведением, самопонимание, способность анализировать и прогнозировать свои действия и их последствия.

8.5 Возможные ошибки в консультировании и пути их профилактики

Возможные ошибки в консультировании	Пути их профилактики
отсутствие личностного обращения к клиенту	четкое знакомство с названием имени, использование имени в ходе беседы
поучения, очевидные и банальные советы	приглашение клиента к совместному рассмотрению проблем
чрезмерная личностная заинтересованность в содержании консультации	самоконтроль над собственной эмоциональной включенностью
уход от профессионального взаимодействия в бытовое	четкое следование целям консультирования
использование специальной, редко употребляемой терминологии	использование доступной формы подачи информации, ориентация на индивидуальность клиента
навязывание своего мнения клиенту	следование целям клиента
эмоциональное воздействие через оценку личностных качеств клиента	безоценочное общение
отсутствие четких целей консультирования	сотрудничество с клиентом в формировании определенной цели
уличение клиента в неискренности, стремление «поймать» его	предоставление клиенту права самому определять степень искренности

8.6 Закрепление материала

8.7 Подведение итогов занятия и раздела семинара по теме «Основы консультирования»

При подведении итогов подчеркиваются типичные ошибки в работе начинающего консультанта, обращается внимание на особенности консультирования подростков, даются ответы на поступившие вопросы по разделу семинара «Основы консультирования».

Репродуктивное здоровье

2 ГЛАВА



ЗАНЯТИЕ 1

Анатомия и физиология мужских и женских половых органов. Половое развитие подростков

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: закрепить знания по анатомии и физиологии мужской и женской репродуктивной системы, сформировать целостность представлений о половом развитии подростков.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- анатомию и физиологию мужских половых органов;
- особенности полового созревания мальчиков, сроки и последовательность появления вторичных половых признаков;
- анатомию женских половых органов;
- сущность, механизм и физиологию менструального цикла;
- особенности полового созревания девочек, сроки и последовательность появления вторичных половых признаков;

б) должны уметь:
- оценить степень развития вторичных половых признаков у подростков;
- оказывать консультативную помощь по вопросам полового созревания подростков.

Время занятия: 1 академический час.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
1.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
1.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
1.3	Изучение темы «Анатомия и физиология мужских и женских половых органов. Половое развитие подростков». Вопросы темы: 1. Введение. 2. Анатомия и физиология мужских половых органов. Половое развитие мальчика. 3. Анатомия и физиология женских половых органов. Половое развитие девочки.	Лекция (презентация)	35 мин
1.4	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	3 мин
1.5	Подведение итогов занятия.		2 мин

1.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

1.2 Актуальность темы

Организм ребенка отличается от организма взрослого человека быстрым ростом и развитием. Среди этапов онтогенеза самыми важными являются внутриутробное развитие и детство. Процесс формирования полового фенотипа у ребенка совершается в течение всего периода роста и созревания организма, однако наиболее значимыми в этом отношении являются период формирования пола у плода, занимающий около 4 месяцев, и подростковый возраст. Половое созревание — чрезвычайно сложный процесс, для него характерны значимые изменения в физическом и нервно-психическом развитии. Знание происходящих изменений в организме поможет медицинским работникам объяснить подросткам биологические перемены в пубертате, помочь справиться с часто возникающими проблемами в этом возрасте.

1.3 Анатомия и физиология мужских и женских половых органов. Половое развитие подростков

Введение

Часто приходится наблюдать, как разговорчивый, искренний и открытый ребенок вдруг становится резким, раздражительным, порой грубым. Происходит это обычно с 10–15-летними детьми. Меняется не только их поведение, но и внешность. Они быстро вытягиваются, худеют, становятся неуклюжими, лицо иногда покрывается прыщами. Именно с детьми такого возраста родители обращаются к врачу-педиатру по поводу головокружения, обмороков, болей в области сердца. При определенных ситуациях — и к психоневрологу.

Что с ребенком — недоумевают родители: влияет компания, не высыпается, мало отдыхает, заболел? Ребенок и сам не может понять того «нового», что так внезапно нахлынуло на него. Что происходит в организме в подростковом возрасте? Как помочь ребенку справиться с появившимися трудностями и проблемами?

В подростковом возрасте совершается переход от детства к юности. Для него характерны изменения как в физическом, так и в нервно-психическом развитии. В этом периоде наступает резкая гормональная перестройка организма: усиливается деятельность желез внутренней секреции — гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, начинают усиленно функционировать половые железы.

Анатомия и физиология мужских половых органов. Половое развитие мальчика

К мужским наружным половым органам относятся половой член и мошонка. К внутренним — яички и их придатки, семявыносящие и семявыбрасывающие протоки, семенные пузырьки, предстательная железа, бульбоуретральные железы. Внутренние и наружные половые органы, а также эндокринные железы у мужчин функционируют как единая система органов размножения и внутренней секреции.

Половой член состоит из передней свободной части — тела, которое заканчивается головкой, и задней части, прикрепленной к лобковым костям. Тело полового члена покрыто тонкой кожей. Кожа подвижна и свисает над головкой полового члена, образуя так называемую крайнюю плоть. У мужчин она чаще всего оттянута за головку полового члена, у мальчиков — закрывает ее. Тело полового члена состоит из двух пещеристых тел и одного непарного губчатого. Половой член способен при возбуждении увеличиваться и приобретать значительную плотность. Это состояние носит название эрекции, которая играет важную роль в выполнении половой функции. С помощью полового члена половые клетки вводятся во влагалище женщины.

Мошонка представляет собой кожно-мышечное образование, разделенное перегородкой на две половины, каждая из которых является вместилищем для яичка и придатка, мошоночного отдела семенного канатика.

Яичко — парная мужская половая железа овальной формы. Его длина 4–5 см, ширина 2–2,5 см, толщина 2,5–3 см. Масса яичка в среднем 15–25 г. Яичко имеет верхний и нижний концы, латеральную и медиальную поверхности, передний и задний края. К заднему краю яичка прилегает **придаток**, имеющий форму подковы. Он состоит из головки, тела и хвоста, который переходит в семявыводящий проток

Основная функция яичек — сперматогенез, т. е. образование мужских половых клеток. Они созревают к 15–16 годам. Количество сперматозоидов, выбрасываемых во время полового акта, велико: в 1 $см^3$ семенной жидкости (сперме) их содержится около 60 млн. Установлено, что пол будущего ребенка зависит от особенностей сперматозоидов: наличие Y-хромосомы, заключенной в его гене, ведет к рождению мальчика, X-хромосомы — девочки. Кроме выработки сперматозоидов, яички синтезируют **мужские половые гормоны** — **андрогены**, основным из которых является **тестостерон**. Помимо андрогенов, в яичках образуются **эстрогены**, главным образом **эстрадиол**. Тестостерон оказывает влияние на общее состояние организма, в частности, способствует развитию вторичных половых признаков, а также участвует в поддержании процесса сперматогенеза. Состояние сперматогенеза зависит от концентрации андрогенов в тестикулярной ткани. Снижение образования тестостерона может быть одной из основных причин бесплодия у мужчин.

Окончательное созревание сперматозоидов происходит в придатке яичка. Под действием андрогенов в нем создается благоприятная среда для завершения их развития и дозревания. Процесс морфологического, биохимического и физиологического созревания сперматозоидов, обретающих способность двигаться и оплодотворять яйцеклетку, обычно происходит в течение 14 дней по мере продвижения сперматозоидов от головки до хвоста придатка. После созревания сперматозоиды накапливаются в хвосте придатка, который является для них хранилищем. Концентрация сперматозоидов в нем может в 10 раз превышать содержание их в нормальном эякуляте. При длительном половом воздержании в хвосте придатка могут обнаруживаться и старые, переродившиеся сперматозоиды.

Важную роль в половой деятельности мужчины играет **предстательная железа**. В древности ее называли «вторым сердцем» мужчины. Она представляет собой непарный железисто-мышечный орган массой 20–25 г, имеет дольчатое строение, по форме и величине напоминает каштан. Ее выводные протоки открываются непосредственно в заднем отделе мочеиспускательного канала. Предстательная железа выделяет секрет, который входит в состав спермы, определяет ее внешний вид и запах. В секрете простаты содержатся вещества, способствующие половому возбуждению и активации сперматозоидов.

Над предстательной железой располагаются **семенные пузырьки** — парные органы, имеющие удлиненно-грушевидную форму. Они вырабатывают секрет студенистой консистенции, который является основной (по объему) частью спермы, а также служит субстратом для сохранения сперматозоидов. Мелкие добавочные железы, расположенные по ходу мочеиспускательного канала, дополняют своим отделяемым состав спермы.

Семявыводящий проток, выходя из мошонки, проходит через паховый канал в брюшную полость и располагается у задненижней части мочевого пузыря, где соединяется с выводным протоком семенного пузырька, образуя семявыбрасывающий проток. Он пронизывает предстательную железу (простату) и открывается в мочеиспускательный канал.

Половые железы находятся в тесной функциональной взаимосвязи с другими эндокринными железами (передняя доля гипофиза, кора надпочечников) и центральной нервной системой.

В период полового созревания в организме мальчика происходит ряд физиологических, а также психо-эмоциональных изменений. Меняется тембр голоса. Голос иногда сбивается на фальцет — меняет свою высоту посередине слова или фразы. Причина этого заключается в том, что голосовые связки и хрящи гортани растут и изменяются. Мошонка, яички и половой член увеличиваются в размерах, на лобке и вокруг пениса начинают расти волосы. Отмечается рост волос в подмышечных впадинах. Волосы на ногах темнеют и становятся длиннее, на верхней губе и подбородке появляются более жесткие волоски — прообраз будущих усов и бороды. Волосы также могут начинать расти на груди, хотя обычно это происходит после 20 лет.

Последовательность появления половых признаков у мальчиков

10–11 лет — начало роста яичек и полового члена;

11–12 лет — увеличение простаты, рост гортани;

12–13 лет — значительный рост яичек и полового члена; рост волос на лобке;

13–14 лет — дальнейший рост яичек и полового члена, узлообразное уплотнение околососковой области, начало изменения голоса;

14–15 лет — рост волос в подмышечных впадинах, дальнейшее изменение голоса, появление волос на лице, пигментация мошонки, первая эякуляция;

15–16 лет — созревание сперматозоидов;

16–17 лет — оволосение лобка по мужскому типу, рост волос по всему телу;

17–21 год — остановка роста скелета.

В период полового созревания мальчики быстро растут. В течение этого времени их рост увеличивается на 20 см. Это часто называют «скачком роста». За относительно короткое время мальчик может вырасти сразу на 5–8 см, и некоторое время ему будет казаться, что все его тело состоит только из рук и ног. Он становится угловатым, ему трудно управлять своим резко изменившимся, еще не привычным для него телом. В результате быстрого, но неравномерного роста отдельных частей тела подростки становятся неуклюжими, что вызывает у них беспокойство. В пубертате начинается формирование скелета по мужскому типу: активно развиваются мышцы, расширяется грудная клетка. Мальчики прибавляют в весе, при этом подкожно-жировой слой у них уменьшается. Повышенная деятельность желез внутренней секреции, которая отмечается на всем протяжении периода полового созревания, обусловливает усиленную секрецию сальных и потовых желез.

В период полового созревания мальчики могут задавать различные вопросы:

- Почему у меня не начался период полового созревания?
- Когда я перестану расти?
- Почему одно яичко у меня ниже другого?
- Почему создается впечатление, что у меня растет грудь?
- Может ли сперма извергаться одновременно с мочой?

Любой из вопросов не должен оставаться без внимания. Ответы могу быть следующие.

Большинство ребят вступают в период полового созревания в возрасте от 10 до 14 лет. Однако может быть, как более раннее начало периода полового созревания, так и более позднее, вплоть до 17 лет.

Каждый человек имеет свои индивидуальные особенности и в окончании роста. Как правило, рост прекращается у юношей в возрасте 19–21 года.

Почти у каждого мужчины левое яичко ниже правого.

В период полового созревания идет гормональная перестройка организма, поэтому возможно нагрубание в области сосков, сочетающееся с легкой болезненностью.

Извергаться сперма одновременно с мочой не может, так как во время эрекции полового члена клапан в его основании не позволяет моче и сперме выделяться одновременно.

Анатомия и физиология женских половых органов. Половое развитие девочки

Особенностью женского организма является постоянная закономерная смена физиологических процессов в репродуктивной системе.

В организме женщины она представлена взаимодействующими нейроэндокринными структурами и органами-мишенями (молочные железы, матка, влагалище). Последние обеспечивают возможность зачатия плода, его внутриутробное развитие и грудное вскармливание ребенка в начальном периоде его жизни. В отличие от других систем, репродуктивная система женщины достигает максимальной функциональной активности в возрасте 16–17 лет, когда ее организм готов к воспроизведению. Репродуктивная функция женщины угасает к 45 годам, гормональная функция — к 55 годам. Таким образом, продолжительность функциональной активности репродуктивной системы генетически закодирована на возраст, оптимальный для зачатия, вынашивания и вскармливания ребенка. На протяжении жизни женщины функциональное состояние органов репродуктивной системы претерпевает ряд закономерных преобразований. Это связано с гормонообразующей функцией яичников, которая достигает максимальной активности у женщин в период репродуктивного возраста. В детстве и климактерии (после наступления менопаузы) функциональная активность яичников низкая. Репродуктивный период охватывает возраст от завершения полового созревания и установления полноценного овуляторного менструального цикла до угасания менструальной функции. Нормальная продолжительность репродуктивного периода — от 18 до 45–49 лет. Данный период характеризуется ритмичным созреванием яйцеклеток и активной гормональной функцией системы «гипоталамус — гипофиз — яичники».

К органам, непосредственно обеспечивающим репродукцию, относятся влагалище, матка, маточные трубы, яичники.

Влагалище — эластичная мышечная трубка, соединяющая внутренние и наружные половые органы женщины, через которую происходит выделение менструальной крови и рождение ребенка.

Матка — мышечный орган, в котором развивается плод до своего рождения. Внутреннюю поверхность матки выстилает слизистая оболочка (эндометрий), обеспечивающая питание зародыша на ранней стадии беременности или отторгающаяся при менструации.

Маточные (фаллопиевы) трубы или яйцеводы — две трубки, по которым яйцеклетка (и оплодотворенная) перемещается из яичника в матку благодаря сокращениям мышечного слоя стенки трубы, движениям ресничек эпителия и слизи.

Яичники — парные женские эндокринные железы, в которых созревают яйцеклетки и вырабатываются гормоны — эстрогены и прогестерон.

Овуляция — процесс, разрыва доминантного фолликула в яичнике и выхода из него зрелой и готовой к оплодотворению яйцеклетки в трубу. Овуляция в норме происходит один раз в одном менструальном цикле. Возможно отсутствие овуляции при регулярном цикле или дефекты овуляции (преждевременная овуляция незрелой яйцеклеткой, поздняя овуляция, лютеинизация неовулировавшего фолликула).

Во время периода половой зрелости деятельность половых органов наиболее активна и характеризуется появлением периодических овуляторных менструальных циклов, сопровождающихся изменениями в органах генитального аппарата. Эти циклические изменения повторяются каждый месяц и охватывают не только половые органы, но и в некоторой степени весь организм.

Менструальный цикл представляет собой закономерно повторяющееся проявление деятельности системы «гипоталамус — гипофиз — яичники» и вызванные ею структурные и функциональные изменения репродуктивного тракта. Первый день менструации является началом цикла. Г. Селье (1960) определил менструальный цикл как совокупность циклических изменений в организме, обеспечивающих возможность наступления беременности.

Функционально менструальный цикл может быть разделен на 3 фазы: фолликулярную, овуляторную и лютеиновую. Длительность нормального менструального цикла в активный репродуктивный период жизни составляет в среднем 28 дней (21–35). Более длительные промежутки могут наблюдаться во время полового созревания и климакса.

Нейро-гуморальная регуляция менструальной функции

Регуляторный механизм менструального цикла осуществляется посредством взаимодействия пяти основных звеньев: центральной нервной системы, гипоталамуса, гипофиза, яичников, и основных органов — мишеней (матки, маточных труб, влагалища и молочных желез).

Гипоталамус Главенствующая роль в регуляции половой функции принадлежит некоторым его ядрам, представленным группой нейронов, вырабатывающих гипофизотропные нейрогормоны, стимулирующие продукцию основных гормонов **аденогипофиза**, в т. ч. гонадолиберина (Гн-РГ) и под его контролем обоих гонадотропинов (ФСГ и ЛГ), гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), пролактин, а также тиреотропный гормон (ТТГ), регулятор гормональной функции щитовидной железы.

Яичники. Под влиянием гонадотропных гормонов в них созревают фолликулы с яйцеклетками. Фолликул является основной морфофункциональной единицей яичников. Примордиальные фолликулы образуются на пятом месяце антенатального развития плода и существуют несколько лет после менопаузы. До момента рождения в обоих яичниках содержится 300–500 тысяч примордиальных фолликулов, затем их количество прогрессивно уменьшается и к 40 годам составляет около 40–50 тысяч. За время всего репродуктивного периода созревает около 400 фолликулов с яйцеклетками, остальные подвергаются атрезии. Под действием гонадотропных гормонов гипоталамо-гипофизарной системы (ФСГ) происходит рост и развитие фолликулов. Во время роста их эпителий усиленно размножается, превращаясь в зернистый слой фолликула. Зернистые или гранулезные клетки выделяют секрет, фолликулярную жидкость и эстрогены. В процессе созревания стенки фолликула растягиваются, его диаметр достигает 20–24 мм, а яйцеклетка увеличивается до 100–180 мкм в диаметре. Такое состояние фолликула называется граафовым пузырьком или зрелым доминантным фолликулом. Процесс созревания фолликула длится 10–14 дней. Когда уровень эстрогенов достигает максимума, а ЛГ достигает пика, доминантный фолликул разрывается, т. е. происходит овуляция.

Маточные трубы. После разрыва фолликула яйцеклетка, окруженной тремя-четырьмя слоями эпителия, поступает в одну из труб, а по ней в полость матки. Если во время прохождения яйцеклетки по маточной трубе в ней находятся здоровые сперматозоиды, может произойти ее оплодотворение.

Матка. Эмбрион перемещается из трубы в матку и прикрепляется к ее слизистой оболочке (индация и имплантация в эндометрий), ставшей к этому времени под действием гормонов полнокровной и сочной, т. е. развивается беременность.

Если яйцеклетка не встретит мужскую половую клетку, она через 12–24 часа разрушается и выходит из организма через половые пути с менструальной кровью и слизистой оболочкой матки. Обычно в течение менструального цикла созревает один фолликул, остальные подвергаются атрезии. При этом фолликулярная жидкость рассасывается, полость фолликула заполняется соединительной тканью.

Лютеинизация — превращение фолликула после овуляции в желтое тело — основной источник прогестерона, протектора беременности (временная железа внутренней секреции). В желтом теле клетки зернистого слоя фолликула окрашиваются в желтый цвет вследствие накопления в них липохромного пигмента. Если оплодотворение не произошло, желтое тело существует 10–14 дней и подвергается регрессу, замещается бессосудистым рубцом, называемым белым телом.

Яичники продуцируют не только яйцеклетки, но и половые гормоны. В них происходит биосинтез трех групп стероидных гормонов: эстрогенов, гестагенов и андрогенов.

Эстрогены основные женские половые гормоны. Их синтез, согласно двухклеточной теории, происходит благодаря одновременному действию ЛГ и ФСГ. Текоциты под влиянием ЛГ синтезируют андрогены, которые затем поступают в гранулезные клетки, где под влиянием ФСГ превращаются в эстрогены. В небольшом количестве они образуются также в желтом теле и корковом веществе надпочечников. Главными эстрогенами яичников являются эстрадиол, эстрон и эстриол. Эстрогены стимулируют развитие вторичных половых признаков, вызывают гипертрофию и гиперплазию эндометрия и миометрия, улучшают кровоснабжение матки, способствуют развитию выводящей системы молочных желез и росту секреторного эпителия в молочных ходах.

Прогестерон является секретом лютеиновых клеток желтого тела. Его синтез происходит также в корковом веществе надпочечников. Он угнетает пролиферацию эндометрия, вызван-

ную эстрогенами, способствует переходу слизистой оболочки матки в фазу секреции. В случае оплодотворения яйцеклетки угнетает овуляцию и противодействуют сокращениям матки.

Андрогены. Основной источник андрогенов у женщин — кора надпочечников, и в небольшом количеств они образуются в клетках внутренней оболочки фолликулов. Они стимулируют рост клитора, вызывают атрофию малых половых губ и гипертрофию больших.

На менструальную функцию влияют: деятельность центральной и вегетативной нервной системы, биологически активные вещества эпифиза, гормоны эндокринных желез (щитовидной, поджелудочной, надпочечника). Поскольку гормоны яичников в свою очередь влияют на центральную нервную систему, перед менструацией у женщины часто бывают раздражительность, сонливость, быстрая утомляемость, головные боли, т. е. предменструальный синдром.

Половое созревание является важнейшим этапом жизнедеятельности женского организма. Уже не ребенок, но еще и не женщина — так говорят о девочке, когда начинается пубертатный период. По времени он занимает около 10 лет, возрастными границами его считают 7(8)–17(18) лет. У девочки-подростка начинает меняться внешность. Резко возрастает длина тела, заметно удлиняются нижние конечности. После 13 лет растет преимущественно туловище. В этом периоде девочки обычно худые, что вызывает беспокойство родителей. Примерно с 14 лет начинает возрастать масса тела, но не так быстро как рост. По мере увеличения массы тела развивается подкожно-жировой слой на бедрах, ягодицах, животе (по женскому типу), который является дополнительным источником эстрогенов.

У девочек в возрасте 10 лет, как правило, начинают развиваться молочные железы, затем происходит оволосение наружных половых органов (в среднем в возрасте 12 лет). Рост волос начинается с больших половых губ, потом распространяется на весь лобок с верхней горизонтальной границей (женский тип оволосения). Приблизительно через полгода после появления волос на лобке начинается оволосение подмышечных ямок (в 10,5–14,5 лет). Порогом пубертатности у девочек является первая менструация (менархе), которая начинается в возрасте 11–14 лет, и возникает возможность наступления беременности.

Последовательность появления признаков полового созревания у девочек

9–10 лет — рост костей таза, округление ягодиц, незначительное приподнятие сосков молочных желез;

10–11 лет — куполообразное приподнятие грудной железы (стадия «бутона»), появление волос на лобке;

11–12 лет — увеличение наружных и внутренних половых органов, изменение эпителия влагалища;

12–13 лет — развитие железистой ткани грудных желез и прилегающих к околососковому кружку участков, пигментация сосков, появление первых менструаций;

13–14 лет — рост волос в подмышечных впадинах, нерегулярные менструации;

14–15 лет — изменение формы ягодиц и таза;

15–16 лет — появление угрей, регулярные менструации;

16–17 лет — остановка роста скелета.

Нормальный менструальный цикл устанавливается не сразу. От первой менархе может пройти год, пока месячные станут регулярными. Месячные в период полового созревания отличаются от месячных зрелой женщины по регулярности, продолжительности, обильности.

Нарушения менструальной функции

Расстройства менструального цикла (МЦ) обычно вторичны, следствие генитальной или экстрагенитальной патологии, повреждающей звенья регуляции репродуктивной функции.

Основные типы нарушений МЦ:

- Гипоменструальный синдром — уменьшение объема и продолжительности менструации до их прекращения.
- Гиперменструальный синдром — увеличение объема и продолжительности менструации вплоть до кровотечений.
- Болевой синдром овуляционный, предменструальный или дисменорея (болезненные менструации).

Эти типы нарушений могут проявляться как при сохраненном ритме менструаций, так и при нарушении цикла. Месячные бывают нерегулярными, если менархе наступает раньше других проявлений половой зрелости. В случае незрелой матки может нарушаться ее сократительная функция и способность к быстрому обновлению слизистой оболочки. Может также нарушаться и механизм свертывания крови, тогда кровотечения удлиняются до 8–10 дней и становятся обильными. Слишком скудные месячные обычно обусловлены нарушением в строении половых органов или недостаточной гормональной функцией.

Для диагностики нарушений МЦ проводятся исследования уровня половых гормонов в крови, УЗИ, у подростков редко применяются инструментальные и эндоскопические методы (биопсия эндометрия, гистеро-, лапароскопия), дополнительные (ЯМР, КТ, кариотипирование). У девочек-подростков оптимальна консервативная патогенетическая терапия, симптоматическая (спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, аналгетики, кровоостанавливающие), в некоторых случаях — гормональное лечение под наблюдением специалистов.

Важно, чтобы девочки в период полового созревания понимали изменения, происходящие в их организме. Познание собственного организма и естественного биологического ритма возможности оплодотворения поможет им в будущем в планировании семьи, предупредит супружеские конфликты. В связи с этим важны беседы специалистов с девочками-подростками, так как обычно о биологических переменах в организме созревающей девочки матери говорят им кратко, почти не придавая значения, как воспринимается эта информация. Некоторые сведения девочки получают от своих сверстниц.

Несомненно, девочка нуждается в правильной и достаточной информации о месячных; она должна знать, когда нужно их ожидать, как поступать при их появлении, что делать при возможных недомоганиях.

Биологический смысл повторяющихся месячных, как правило, воспринимается подростками положительно. Девочки начинают гордиться своей женственностью, с достоинством сознают тот факт, что их организм уже способен дать жизнь другому существу.

Неустанная работа, ритм, красота процессов, происходящих в организме у женщины, — так можно трактовать месячные только тогда, когда знаешь их истинную причину и смысл. Эту истину о месячных девочка должна узнать, когда у нее появляются лишь первые признаки созревания. Ни в коем случае нельзя говорить девочке о месячных как о болезни, ибо они — признак здоровья. Тем более нельзя говорить о них как о чем-то гадком, постыдном.

Юноша также должен знать сущность процессов, происходящих в организме девушки во время менструального цикла. Понимание изменений, происходящих в организме девушки, поможет юноше сформировать правильное отношения к девочке — будущей женщине и матери.

Вопросы, которые часто задают девушки

1) Как я узнаю, когда у меня начнется менструация?
2) Во время менструации бывает боль?
3) Как узнать, когда будет следующая менструация?
4) Что делать, если менструация началась внезапно, в школе, когда ее не ждешь?
5) Бывает ли запах во время менструации?
6) В период полового созревания можно ли прибавить в весе?

7) Могут ли другие люди догадаться, что у меня менструация?
8) Можно ли заниматься во время менструации физкультурой, спортом?
9) Можно ли принимать душ во время менструации?
10) Какие гигиенические средства выбрать?
11) Что такое предменструальный синдром?
12) Бывает ли менструация у беременных женщин?

1.4 Закрепление материала

1.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель останавливается на физиологии мужских и женских половых органов, обращает внимание на механизм регулирования менструального цикла, подчеркивает его значение в репродуктивной функции женщины.

ЗАНЯТИЕ 2

Репродуктивное здоровье мальчиков

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: изучить заболевания мужской репродуктивной системы в различные возрастные периоды детства.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- признаки нормального развития репродуктивной системы в различных периодах детства;
- заболевания репродуктивной системы в период новорожденности;
- заболевания репродуктивной системы в период раннего возраста;
- заболевания репродуктивной системы в дошкольном возрасте;
- заболевания репродуктивной системы в школьном возрасте;
- тактику при заболеваниях репродуктивной системы;
- определение понятия «бесплодие», основные причины мужского бесплодия;

б) должны уметь:
- выявлять заболевания репродуктивной системы;
- оказывать консультативную помощь при заболеваниях репродуктивной системы.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
2.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
2.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
2.3	Изучение темы «Репродуктивное здоровье мальчиков». Вопросы темы: 1. Введение. 2. Пограничные (условно-патологические) состояния репродуктивной системы в период новорожденности. 3. Заболевания репродуктивной системы в период новорожденности. 4. Заболевания репродуктивной системы в период раннего возраста. 5. Заболевания репродуктивной системы в дошкольном возрасте. 6. Заболевания репродуктивной системы в школьном возрасте (младший школьный возраст, препубертат, ранний пубертат). 7. Заболевания репродуктивной системы мальчиков в период развернутого (активного) пубертата. 8. Мужской фактор в бесплодии.	Лекция (презентация)	80 мин
2.4	Закрепление материала.	(По выбору преподавателя)	3 мин
2.5	Подведение итогов занятия.		2 мин

2.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

2.2. Актуальность темы

Вопросам репродуктивного здоровья мальчиков до сих пор не уделяется достаточного внимания. Между тем проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем мужского населения, должны находиться в центре внимания не только специалистов, работающих в этой области, но и врачей других специальностей, так как здоровье ребенка во многом определяется здоровьем отца.

2.3 Репродуктивное здоровье мальчиков

Введение

Одним из важных факторов, характеризующих здорового человека, является фактор сохранности репродуктивного здоровья. Как и любые другие факторы, составляющие здоровье, основы репродуктивного благополучия закладываются в детском и подростковом возрасте.

Заболевания репродуктивной системы мальчиков целесообразно рассматривать во взаимосвязи с возрастными периодами детства. Для этого удобно пользоваться принятой педиатрами периодизацией детства.

- новорожденный ребенок;
- ребенок раннего возраста;
- дошкольник;
- младший школьник;
- препубертат;
- ранний пубертат;
- развернутый пубертат — зрелый юноша.

Новорожденный

В норме доношенный новорожденный мальчик имеет полностью сформированный половой аппарат. При рождении в мошонке должны находиться оба яичка и определяться половой член. Яички в мошонке подвижны и обычно на 2–3 сутки после рождения демонстрируют довольно активный кремастерный рефлекс. Половой член новорожденного имеет длину около 2 см, головка его покрыта крайней плотью. Как правило, в этот период имеет место так называемый физиологический фимоз.

Для понимания процессов, происходящих в яичках при воздействии тех или иных повреждающих факторов, целесообразно рассмотреть периоды их жизни:

- статический (первые 4 года) — канальцы слабы, нет дифференцировки, сплошные тяжи спермотогоний;
- период роста от 4 до 10 лет — растут канальцы (появляется просвет, 2–3 слоя клеток);
- интенсивный рост от 10 до 16 лет — канальцы извитые, сперматоциты — полное формирование к 18–20 годам.

Пограничные (условно-патологические) состояния репродуктивной системы в период новорожденности.

Примерно 35% новорожденных переживает в течение первых 3 недель жизни состояние, квалифицируемое как «малый пубертат» или ложное половое созревание.

В этот период времени может отмечаться нагрубание грудных желез, иногда сопровождающееся выделением секрета (физиологическая мастопатия). От мастита это состояние отличается отсутствием признаков воспалительного процесса. Тактической ошибкой в этой ситуации является попытка выдавливать секрет из-за опасности травмирования и инфицирования желез, а также с целью их редукции применять физиотерапевтические методы (лечения данное состояние не требует).

К условно-патологическим состояниям в периоде новорожденности следует отнести: подострый баланит, сужение наружного отверстия препуция, физиологическую водянку новорожденных и др.

Заболевания репродуктивной системы в период новорожденности

Состояния в периоде новорожденности, непосредственно угрожающие репродуктивному здоровью

Частой патологией в этом возрасте является нарушение положения или количества яичек.

Неопущение яичка (крипторхизм, ретенция) — задержка яичка на пути физиологического опущения от нижнего полюса почки до мошонки. Крипторхизм может быть одно — и двусторонним.

Частота крипторхизма:

Новорожденные — 4–14%
К 1 году — около 2%
К периоду окончания полового созревания — 1%
У взрослых — 0,1–0,3%

Эктопия — смещение яичка от пути опускания.

Виды эктопий:

- паховая поверхностная;
- бедренная;
- промежностная;
- парадоксальная (оба яичка в одной половине мошонки);
- тазовая.

Современные исследования свидетельствуют, что процесс опускания яичка начинается и заканчивается под активным гормональным контролем. С этой патологией часто сочетаются нарушения в соотношении разного рода метаболитов андрогенов. Повреждающими факторами являются: температурный и аутоиммунный.

Клинически ситуация вписывается в синдром пустой или полупустой мошонки. В первом случае говорят о двустороннем, во втором — об одностороннем крипторхизме.

Если при пальпации не обнаруживается одно яичко, возможно, что оно внутриутробно не заложено. В этом случае никакие методы обследования не позволяют выявить гонаду. Как правило, окончательный диагноз ставится после хирургической ревизии.

Односторонний крипторхизм встречается в 3–4 раза чаще двустороннего, слева — в 2 раза чаще, чем справа.

Локализация: чаще паховое расположение (яичко подвижное, высоко фиксированное); брюшное.

Ситуация, связанная с неопущением яичка, требует особого наблюдения. Наиболее простым методом обследования является динамическая волюмометрия — аппаратное измерение объема яичек в динамике. Оперативное низведение яичка показано в сроки до 4 лет. Необходимо помнить, что риск малигнизации при крипторхизме в 30–40 раз выше, чем при расположении яичек в мошонке.

Состояния в периоде новорожденности, угрожающие репродуктивному здоровью

1. Внутриутробная атрофия яичек

Состояние наружных гениталий зависит от сроков внутриутробного развития, в которые наступила атрофия с полной потерей андрогенной функции:

- если атрофия произошла до 12 недель беременности — клинически формируются гермафродитные гениталии;
- если после 12 недель — как правило, определяется синдром микрофалоса (половой член с резко гипоплазированными кавернозными телами);
- если позднее 22 недель беременности — половой член имеет нормальные размеры и сохраняет способность к эрекциям (чаще на фоне переполнения мочевого пузыря). Однако такой пациент в будущем с большей вероятностью будет страдать нарушением адекватных эрекций.

2. Дисгенезия яичек

Причиной данной патологии является, в основном, нарушение числа половых хромосом, включая мозаицизм. При осмотре яички отсутствуют, гипертрофированный клитор часто принимается за гипоплазированный половой член. Клинический диагноз с генетической верификацией может иметь следующие варианты: синдром Шерешевского—Тернера с гермафродитными гениталиями, чистая дисгенезия яичек и синдром рудиментарных яичек.

3. Врожденные дефекты биосинтеза тестостерона

Биохимические дефекты такого рода у плода мужского пола проявляются неполной маскулинизацией наружных гениталий с нормально сформированными внутренними мужскими гениталиями, яички не опущены.

4. Гипоспадия

Данная патология представляет порок развития в результате неправильного формирования уретрального канала и неполной редукции направляющей хорды полового бугорка.

Лечение должно быть направлено на восстановление адекватной способности к капуляции (полноценному половому акту). С прогностической точки зрения предпочтительна одноэтапная операция.

5. Паховая и пахово-мошоночная грыжа

Заболевание, связанное, как, и водянка оболочек яичка, с неполной редукцией влагалищного отростка брюшины. Содержимым грыжевого мешка может быть кишка, участок большого сальника и др., при водянке — жидкость.

Тактически грыжесечение является абсолютно показанным оперативным вмешательством. Вопрос о сроках выполнения определяется качеством хирургической помощи. Учитывая, что диаметр образований семенного канатика в возрасте до 2 лет чрезвычайно мал, использование оптического увеличения X 6–18 — обязательно.

Заболевания репродуктивной системы в период раннего возраста

Наиболее часто у детей раннего возраста встречаются следующие клинические ситуации.

1. Персистирующая или остро возникающая водянка одного или обоих яичек

Обратное развитие сообщающегося гидроцеле происходит, как правило, в течение одного года. В дальнейшем оно возможно лишь у детей, родившихся в состоянии глубокой недоношенности и незрелости. Несообщающаяся водянка крайне редко претерпевает самоизлечение, после 3 лет нуждается в хирургической коррекции.

2. Паховая и пахово-мошоночная грыжа

Клинически ситуация при этих заболеваниях стереотипна.

Тактика такая же, как и у новорожденных, предпочтительно использование микрохирургической техники.

3. Гипоплазия и гипотрофия яичка

Правомочно говорить о данных состояниях начиная с 2 лет. Оба диагноза объединяет один клинический феномен: уменьшение размеров одного яичка относительно другого, хотя суть заболеваний принципиально различна.

Гипоплазия яичка носит врожденный характер и характеризуется неполной или патологической закладкой тестикулярной ткани. Она имеет тотальный или гистоселективный характер. Чаще всего инкурабельна.

Гипотрофия яичка — состояние приобретенное, характеризуется сохранностью всех тканевых элементов, однако объем яичка меньше контрлатерального. Эта ситуация связана с нарушением кровообращения в половой железе. Имеется довольно большая вероятность восстановления объема яичка. В плане помощи применяются оперативные вмешательства реваскуляризации (дополнительной васкуляризации яичка, локальное введение стимуляторов тестикулярного роста, гонадопротективная терапия с учетом каудального анализа и, наконец, введение культуры тканей в половую железу).

4. Орхит и орхоэпидидимит

В раннем детском возрасте встречаются исключительно редко.

Заболевания репродуктивной системы в дошкольном возрасте

Нормальные показатели развития органов репродуктивной системы у мальчиков дошкольников

- объем яичек находится в пределах 0,5–0,7 мл, максимально допустимая разница в тестикулярном объеме составляет не более 16%;
- придаток яичка составляет в его видимой части (головка придатка) 0,28–0,32 мл (измерен УЗ), максимально допустимая асимметрия в пределах 21%;
- объем предстательной железы равен суммарному объему яичек, разделенному на 2;
- кремастерный рефлекс достаточно активен и симметричен. Истощаемость низкая, вызывается более 10 раз;
- максимальная высота тестикулярной ретракции — место формирования «шейки» мошонки;
- половой член имеет длину 3,2–4,1 см, диаметр 1,3–1,5 см в состоянии детуминестенции (без эрекции) кавернозных тел;
- крайняя плоть свободна, сдвигается за венечную бороздку, возможны единичные краевые синехии (эмбриональные спайки плоти с головкой полового члена).

У ребенка дошкольного возраста, могут быть те же заболевания, что и у ребенка раннего возраста, однако согласно общепринятой лечебной тактике к 7 годам основные заболевания репродуктивного аппарата должны быть пролечены.

Несмотря на это, встречаются ситуации, когда яичко гипотрофично или вообще отсутствует в мошонке, имеется паховая грыжа или фимоз. Это говорит о том, что родители не осведомлены об анатомо-физиологических особенностях развития ребенка, а также о невнимательности врача-педиатра, к которому они обращались.

Наиболее часто в дошкольном возрасте встречаются следующие патологические состояния:

1. Фимоз — состояние, при котором невозможно выведение головки за пределы препуциального мешка. Фимоз может носить характер:

- атрофического (крайняя плоть короткая, при эрекции плотно «обтягивает» головку полового члена);
- гипертрофического — «хоботковая» крайняя плоть (при эрекции остается значительный участок свободной кожи);
- рубцового (при натягивании крайней плоти видно белесоватое рубцовое кольцо).

Рекомендации по самостоятельным попыткам выведения головки полового члена должны быть даны родителям ребенка примерно в возрасте 3–4 лет (к этому возрасту в норме головка уже открыта).

2. Функционально узкая крайняя плоть — узкое отверстие крайней плоти, которое не препятствует выведению головки в состоянии детуместенции кавернозных тел, но активно препятствуют таковому в состоянии эрекции.

Показанием к пластике является невозможность выведения головки.

Заболевания репродуктивной системы в школьном возрасте (младший школьный возраст, препубертат, ранний пубертат)

Наиболее характерны для этого периода травмы органов мошонки и паховых областей, синдром «острой мошонки» (боль, отек, гиперемия).

Травмы органов мошонки и паховых областей (отрыв яичка, разрыв яичка, отрыв придатка, открытый вывих яичка и придатка и др.) являются нечастыми. Что касается «субклинических травм» этой области, то их частота очень высока. Пик травматических повреждений приходится на школьные годы. Тактика лечения выбирается в зависимости от выявленных изменений.

Хирургическое лечение оптимально проводить в условиях оптического увеличения или при помощи микрохирургической техники.

Синдром «острой мошонки» — симптомокомплекс, являющийся показанием для срочной ревизии органов мошонки.

Причинами его по (частоте) являются:

- перекрут гидатид яичка и придатка;
- перекрут яичка;
- острое гидроцеле;
- острый орхит;
- острый эпидидимоорхит;
- травма яичка или его придатка;
- перекрут и опухоль яичка или его придатка;
- аллергический отек мошонки.

Рассмотрим некоторые заболевания сопровождающиеся синдромом острой мошонки

ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА
(может происходить по оси либо относительно придатка)

Возникает:

- в любом возрасте
- чаще в 15 лет или в 60–70 лет

Этиология:

- отсутствие или недоразвитие Гюнтерова тяжа (связка, направляющая яичко);

- крипторхизм;
- врожденное удлинение семенного канатика;
- интраперитонеальное расположение яичка в полости влагалищного отростка брюшины;
- разделение придатка и яичка;
- пахово-мошоночные грыжи;
- вариант развития влагалищной оболочки «язычок колокола» — горизонтальная ось яичка в передне-заднем направлении.

Производящие факторы:

- травмы паховой области и мошонки;
- внезапное напряжение брюшного пресса;
- резкие движения;
- упорный кашель;
- сокращение m. cremaster.

Клиника зависит от:

- времени обращения;
- раннее — местные и общие симптомы;
- позднее — местные симптомы;
- возраста;
- локализации перекрученного яичка.

Клиника в неонатальном периоде:

- отсутствие жалоб в первые сутки;
- после плача — беспокойство или вялость;
- отказ от груди;
- иногда рвота;
- отек мошонки.

Клиника у взрослых

Ранние симптомы:

- внезапная боль в яичке с иррадиацией в паховую область;
- тошнота, рвота;
- повышение температуры тела до 38 градусов;
- рефлекторная задержка мочи.

Поздние — через 3–5 часов:

- ассиметрия, отек мошонки (стекловидный шар);
- яичко болезненное, плотное, не типичное расположение;
- семенной канатик утолщен, болезненный;
- кремастерный рефлекс выражен плохо;
- с-м Прена –при поднимании яичка к паховому кольцу: перекрут — боль усиливается, при воспалении — уменьшается.

Дифференциальный диагноз с перекрутом гидатиды:

- яичко легко низводится в мошонку;

- общее состояние не нарушено;
- более слабый болевой синдром;
- на УЗИ сохранен кровоток.

С острым эпидидимитом:

- постепенное начало;
- высокая температура тела;
- изменения в анализах крови и мочи;
- отсутствие уплотнения яичка;
- сохраненный кровоток;
- выпот серозный или гнойный.

Заболевания репродуктивной системы в период развернутого (активного) пубертата

К заболеваниям активного пубертата относится синдром варикозного расширения вен семенного канатика (варикоцеле). Он возникает чаще всего в период активного полового созревания или в период первого ростового скачка.

К образованию варикоцеле предрасполагают:

- гемодинамические факторы (локальное повышение венозного давления в системе левой почечной вены, локальное повышение артериальной перфузии в системе левой тестикулярной артерии);
- микроанатомические факторы (порок развития почечной вены, порок развития вен забрюшинного пространства, аномалии впадения в систему почечной вены);
- гистопатологические факторы (аномалии строения венозной стенки, дефекты клапанного аппарата вены, нарушение эластического каркаса сосудов тестикулярного бассейна, пороки развития системы регуляции давления в системе вена-артерия и феномен открытия гламусных артерий на различном уровне сосудистого тракта).

Степень выраженности варикозного расширения вен семенного канатика, определяемого в ортостазе:

- субклиническая степень — определяется только с помощью скротальной термографии или допплеровской ультрасонографии;
- варикоцеле 1-й степени — определяется пальпаторно с использованием пробы Вальсальвы;
- варикоцеле 2-й степени — определяется пальпаторно без приема Вальсальвы;
- варикоцеле 3-й степени — определяется визуально и пальпаторно.

Мужской фактор в бесплодии

Бесплодие в браке (инфертильность) представляет собой сложную проблему, решение которой важно не только с медицинской, но и с социальной и демографической точек зрения. Невозможность иметь собственных детей является тяжелым жизненным испытанием, нередко ведущим к дисгармонии брака и распаду семьи. Причиной инфертильности в равной степени могут быть нарушения репродуктивной системы как у мужчин (ВОЗ — 30–50%), так и у женщин, иногда — у обоих супругов одновременно (5–10%). Эта проблема двоих людей, поэтому

обследованию подлежат оба партнера. По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, беременность не наступает в течение одного года, при условии детородного возраста супругов. За последние 2–3 десятилетия во всех развитых странах мира наряду с низкой рождаемостью наблюдается увеличение числа бесплодных супружеских пар, составляющих 12–18% всех браков.

Самой частой причиной бесплодия в браке является патология спермы. Сперматогенез происходит в яичках под влиянием гормонов гипофиза и тестостерона. Сперматозоид созревает у взрослого мужчины за 74 суток. Показатели нормальной спермограммы приняты ВОЗ и являются ориентиром при исследовании спермы для диагностики мужского бесплодия. Сперматогенез — сложный и уязвимый процесс, подверженный влиянию внешних и внутренних факторов.

К **внутренним факторам** относятся состояния, связанные с аномалиями развития, нарушением гормональной регуляции, инфекциями.

К **внешним факторам** относится влияние высоких и низких температур, хронические интоксикации, профессиональные и экологические вредности.

Социальными последствиями бесплодного брака являются: снижение социальной активности наиболее работоспособной группы населения; неблагополучная демографическая ситуация в популяции и государстве в целом.

Бесплодные браки сопровождаются психическим неблагополучием, которое характеризуется лабильностью нервной системы, формированием комплекса неполноценности, развитием тяжелых психосексуальных расстройств.

Большой процент мужского бесплодия требует знания проблем репродуктивного здоровья мужской части населения, возможности качественной лабораторной диагностики заболеваний, ведущих к бесплодию, оказания своевременной специализированной помощи.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Инфекционно-воспалительные заболевания половой сферы.
- Аномалии половых органов.
- Сексуальные и эякуляторные нарушения половой сферы.
- Изменения нейрогуморальной системы, регулирующей сперматогенез.
- Иммунологические факторы.
- Осложнения хирургических вмешательств (грыжесечение, симпатэктомия).
- Травмы половых органов.
- Физические и химические факторы.
- Системные заболевания.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Привычные интоксикации (алкоголь, табак, производственные вредности).
- Алиментарные факторы (недостаток белкового питания в детском возрасте).
- Нарушение обмена веществ.
- Нервно-психические расстройства.

Одними из наиболее частых причин мужского бесплодия являются крипторхизм и варикоцеле.

Варикоцеле составляет 30% причин мужского бесплодия.

В абсолютном большинстве наблюдается слева, 2–5% — справа.

Повреждающими факторами являются:

1. Повышение температуры.
2. Венозный застой — гипоксия.
3. Лимфостаз.
4. Нарушение притока артериальной крови.
5. Механическое давление расширенных вен.
6. Выброс катехоламинов — страдает контрлатеральное яичко.

2.4 Закрепление материала

2.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель перечисляет наиболее частые заболевания репродуктивной системы мальчиков в различные периоды жизни, обращает внимание на принципы лечебной тактики, подчеркивает актуальность проблемы мужского бесплодия.

ЗАНЯТИЕ 3

Планирование семьи. Репродуктивные потребности и прегравидарная подготовка

Вид занятия: комбинированное:
- теоретическое занятие с элементами проблемного обучения;
- практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: углубить знания по вопросам планирования семьи, репродуктивной потребности, прегравидарной подготовке.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- современные проблемы репродуктивных потребностей общества;
- неблагоприятные фоновые состояния поздней беременности;
- «группы резерва родов», цели наблюдения;
- определение понятия «прегравидарной подготовки», цели ее проведения;
- понятие «планирования семьи»;
- проблему абортов;
- критерии безопасных абортов по рекомендациям ВОЗ;

б) должны уметь:
- оказывать консультативную помощь по вопросам репродуктивного здоровья.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;
3. Набор ситуационных задач;
4. Доска с перекидными страницами;
5. Скотч;
6. Бумага, фломастеры;
7. Схема «Планирование семьи».

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
3.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
3.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
3.3	Изучение темы «Планирование семьи. Репродуктивные потребности и прегравидарная подготовка». Вопросы темы: 1. Особенности репродуктивных потребностей в современном обществе. 2. Неблагоприятные фоновые состояния поздней беременности. 3. «Группы резерва родов». 4. Прегравидарная подготовка. 5. Планирование семьи. 6. Проблема абортов, критерии безопасного аборта по рекомендациям ВОЗ.	Лекция (презентация) Упражнение	50 мин
3.4	Закрепление материала.	Решение ситуационных задач	30 мин
3.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

3.1 Организационный момент

3.2 Актуальность темы

Неблагоприятные демографические тенденции в нашем обществе диктуют актуальность формирования в молодежной среде ответственного и позитивного отношения к созданию семьи, родительству. Низкая рождаемость, ухудшение здоровья беременных женщин, увеличение числа детей-инвалидов требует наблюдения за молодыми женщинами проведения прегравидарной подготовки.

3.3 Планирование семьи

Репродуктивные потребности и прегравидарная подготовка. Особенности репродуктивных потребностей в современном обществе

Сексуальные отношения признаются молодыми людьми как важная сфера жизни человека. Проведенные в Республике Беларусь социологические исследования показали, что в возрасте 14–17 лет личный опыт сексуальных отношений имеет около 40% молодежи, в возрасте 18–21 года — 75%. При этом для подавляющего большинства подростков и молодых людей брак не является обязательным условием вступления в сексуальные отношения, хотя юридически оформленный брак, наличие детей и взаимная любовь в семье представляют для них большую ценность.

На определенном этапе жизнь человека должна быть подчинена решению задач воспроизводства, что предполагает от каждой пары максимальной концентрации усилий и способностей созидающего характера (зачатие, вынашивание, рождение, вскармливание, воспитание детей).

Еще совсем недавно, несмотря на эпидемии, мировые войны, высокую детскую смертность, низкий уровень медицинских услуг и качества жизни, население в мире и в нашей республике росло и развивалось достаточно быстрыми темпами, что было обусловлено высокой рождаемостью.

В последние годы, несмотря на сравнительно высокое качество жизни, совершенствование оказания медицинских услуг, низкую детскую смертность, происходит депопуляция населения республики, обусловленная катастрофическим обвалом рождаемости. На одну женщину репродуктивного возраста приходится в среднем 1,3 ребенка, в то время как для простого воспроизводства населения необходимо не менее 2,25 ребенка. Только за последние 15 лет число ежегодно рождающихся детей уменьшилось на 43%. Репродуктивные установки молодых людей, по данным социологических опросов, независимо от возраста, пола и места проживания чаще ориентированы на рождение двоих детей, т. е. выше, чем в реальной жизни, которая вносит свои коррективы в сторону уменьшения количества детей в семье.

Для нашей республики низкая фертильность представляет серьезную опасность, к преодолению которой общество в настоящее время не готово, так как слишком долго этой проблеме не уделяли должного внимания.

Безусловно, что при формировании ответственного репродуктивного поведения у подростков и молодежи на первый план выходит проблема предупреждения возникновения беременности и сохранение репродуктивного здоровья. Именно в этом возрасте необходимо заложить основы знаний о том, как оптимально реализовать в будущем свои репродуктивные потребности с учетом личных и общественных интересов.

Физическое развитие женского организма, как правило, не может завершиться ранее 18 лет. В основном лишь к 20 годам заканчивается окончательное формирование нервной и сердечно-сосудистой систем, желез внутренней секреции, наступает социальная зрелость.

Беременность и роды у женщин до 18 лет чаще протекают с такими осложнениями, как угроза прерывания беременности (до 36%), нарушение сократительной способности матки во время родов (до 18%), рождение маловесных детей, гипоксия плода во время беременности и родов. Возрастной коэффициент рождаемости в группе моложе 20 лет составляет в среднем 29,6 родившихся на 1000 женщин, что ниже, чем средний коэффициент рождаемости у всех возрастных групп (35,3).

Социологические опросы молодых людей показывают, что оптимальным возрастом для рождения первого ребенка у женщины считается возраст от 20 до 25 лет, что совпадает с действи-

тельностью — 42,5% родов приходится на женщин возрастной группы 20–24 года. Это наиболее оптимальный возраст для вступления в брак и принятия решения о рождении ребенка, так как наступает период физической и социальной зрелости, сформировались и являются высокими репродуктивные потребности, имеется резерв времени для принятия оптимального решения по реализации этих потребностей в дальнейшем.

В среднем 28% от всех родивших составляют женщины возрастной группы 25–29 лет, 13% — возрастной группы 30–34 года, причем у каждой четвертой женщины это были первые роды.

Тревожным является факт ухудшения не только количественных, но и качественных характеристик воспроизводства населения. Сокращение числа детского населения сопровождается увеличением числа детей-инвалидов. Это обусловлено значительным ухудшением состояния здоровья женского населения, беременных женщин, стремлением сохранить жизнь недоношенных новорожденных и тяжело больных детей за счет внедрения современных медицинских технологий.

Прегравидарная подготовка

Женщинам следует предоставлять информацию о необходимости предгравидарной подготовки за 3–6 месяцев до планируемой беременности.

Прегравидарная подготовка включает:

- Скрининг на заболевания, передаваемые половым путем, их лечение.
- Исключение профессиональных вредностей и социальных факторов риска.
- Выявление и санацию очагов инфекции.
- Медикаментозную подготовку путем создания антиоксидантной защиты клеток репродуктивного аппарата, ликвидации дефицита макро- и микроэлементов. С этой целью рекомендуется фолиевая кислота, витамин Е, препараты железа, различные витаминно-минеральные комплексы, антиоксиданты.
- Проведение медико-генетического консультирования по показаниям.

Проблема абортов, критерии безопасного аборта (по рекомендациям ВОЗ)

Аборт остается одним из ведущих методов регуляции рождаемости, в том числе среди подростков и молодежи. Распространенность добрачных сексуальных отношений привела к увеличению прерываний беременности, особенно первой. Более 40% девушек, не состоящих в браке, прерывают первую беременность в основном в возрасте 18–20 лет. Общее количество абортов в Республике Беларусь за последние 5 лет снижается.

Слабая информированность подростков о методах и сроках прерывания беременности — причина позднего обращения к врачу, чтобы произвести щадящий медикаментозный либо мини-аборт или вакуум-аспирацию. Чем меньше возраст, тем выше число абортов в поздние сроки, после 12 недель, когда решение вопроса о прерывании беременности можно принять только при наличии социальных, медицинских или генетических показаний. Максимальный срок искусственного прерывания беременности 21–22 недели.

Аборт, по рекомендации ВОЗ, должен быть **безопасным,** особенно для подростков. Это понятие включает легальность его проведения, с оформлением установленной документации, точную диагностику беременности (УЗИ, качественные и количественные тесты на гормон беременности) с предварительным обследованием (мазок из влагалища, флюорография, кровь на сифилис при хирургическом аборте), проведение процедуры в специализированном учреждении с обязательным обезболиванием. Соблюдение этих условий способствует снижению риска осложнений. Количество осложнений после хирургического прерывания беременности колеблется от 4,8% (после абортов) до 6,8% (после мини-абортов).

Юридические нормы требуют обязательного письменного согласия матери или опекуна при производстве аборта до 18 лет.

Доабортное консультирование подростков и их родителей

Необходимо говорить о возможных осложнениях (кровотечение, воспалительные процессы) и отдаленных последствиях (бесплодие, невынашивание беременности, хронические гинекологические заболевания) для репродуктивной функции девочки, а также о дальнейшем выборе метода контрацепции.

Контрацепция является наиболее оптимальным, современным, эффективным методом регуляции рождаемости, защиты от нежелательной беременности, доступным для подростков. Вместе с тем только треть подростков использует ее постоянно. Также важно напомнить о гигиене сексуальной жизни, безопасном сексе, средствах защиты от ИППП/ВИЧ.

Медикаментозный аборт (МА) означает прерывание беременности сроком не более 42–49 дней после начала последнего менструального цикла при наличии плодного яйца в полости матки (по данным УЗ исследования.) с помощью лекарственных препаратов, вызывающих выкидыш, и является безопасной альтернативой хирургическому вмешательству. Он позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией, является более бережным, менее травматичным. Не требует обследования, кроме УЗИ, подтверждения маточной беременности и установления допустимых сроков гестационного возраста (диаметр плодного пузыря не более 20 мм).

Психологически женщины переносят МА легче, благодаря отсутствию стрессовой реакции на хирургическое вмешательство и боль, поддержке медперсонала и возможности контроля течения аборта.

Медикаментозный аборт выбирают в Европе около 70% женщин: в Голландии 76%, в Швеции и Швейцарии до 50%. Эффективность медикаментозного прерывания беременности при адекватном выборе медикаментозных средств и правильном ведении составляет 97%. Для девочек-подростков этот метод прерывания нежелательной беременности является наиболее безопасным.

Послеабортное консультирование подростков и их родителей

Мероприятия после аборта, проведенного любым способом (хирургическим, медикаментозным), должны включать медицинскую и психологическую реабилитацию подростка. Психологическая коррекция может проводиться психологом, в более сложных случаях — психотерапевтом и направлена на восстановление нервно-психического состояния, профилактику депрессии и психосоматических состояний.

Медицинская часть проводится врачом-гинекологом, включает восстановление менструальной функции, экосистемы влагалища и профилактику отдаленных негативных последствий для репродуктивной системы девочки.

Врач предоставляет информацию о современных методах контрацепции для подростков, обсуждает с пациенткой наиболее приемлемое средство или метод. Важно, что выбор контрацептива делает девочка, удобный и надежный для нее.

Беседа о риске заражения ИППП при незащищенных половых контактах, смене партнера и о важной роли презерватива, предохраняющего от ИППП/ВИЧ и нежелательной беременности. Предоставляется информация об экстренной контрацепции в аварийных ситуациях. Методы ранней диагностики беременности, своевременного обращения для диагностики и лечения ИППП также значимы при консультировании. Доступность обращения к специалисту для консультирования по этим проблемам в последующем — важный фактор доверия подростка и установления обратной связи.

3.4 Закрепление материала

Упражнение (решение ситуационных задач)



Слушателям предлагается разбиться на 3 группы. Каждой группе раздается ситуационная задача по консультированию девочки-подростка для подготовки алгоритма консультации.

Ситуация 1. Девушка 17 лет обратилась к подростковому врачу с температурой 37,2 °С, насморком, тошнотой, задержкой менструации на 9 дней. Половой жизнью живет редко.

Ситуация 2. Девушка 16 лет обратилась по поводу акне на лице, склонна к полноте, менструальный цикл нерегулярный, менструации болезненные. Живет половой жизнью.

Ситуация 3. Девушка 17 лет, менструации нет 7 месяцев. Менструации с 15 лет, нерегулярные, через 3–4 мес. Внешне небольшого роста, пониженного питания, вес 43 кг. Половая жизнь с презервативом.

Представитель от каждой группы излагает этапы консультирования, дает рекомендации пациентке в соответствии с условием ситуационной задачи.

В итоге предлагается общая **схема консультации девочки-подростка:**

1. Выяснить:
   - основные жалобы (иногда предъявляемые жалобы не отражают проблему, могут маскировать ее);
   - наличие половой жизни, частоту, количество партнеров, контрацепцию;
   - характер менструальной функции, ее нарушения.

2. Исключить беременность

(в случае задержки ожидаемой менструации — домашние тесты на беременность, УЗИ).

3. Дать рекомендации пациентке.

3.5. Подведение итогов

При подведении итогов преподаватель подчеркивает актуальность формирования у подростков и молодежи репродуктивных потребностей, отвечающих интересам как семьи, так и общества, останавливается на важности динамического наблюдения за женщинами репродуктивного возраста, необходимости проведения прегравидарной подготовки, обращает внимание на актуальность абортов, критерии ВОЗ по безопасному прерыванию беременности.

ЗАНЯТИЕ 4

Планирование семьи. Контрацепция

Вид занятия: комбинированное:
- теоретическое занятие с элементами проблемного обучения;
- практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: углубить знания по современным методам контрацепции, изучить основные принципы подростковой контрацепции, особенности консультирования подростков по контрацепции.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- основные принципы подростковой контрацепции;
- современные методы контрацепции;
- преимущества и недостатки каждого метода;
- механизм действия гормонального метода контрацепции;
- показания и противопоказания к применению различных методов контрацепции;
- побочное действие контрацепции;
- лечебные эффекты гормональных контрацептивов;
- основные принципы и методы неотложной контрацепции;

б) должны уметь:
- продемонстрировать навыки пользования барьерными методами контрацепции;
- оказывать консультативную помощь подросткам по вопросам контрацепции.

Время: 3 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint;
3. Муляж полового члена;
4. Презервативы.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
4.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы, представление преподавателя, знакомство		5 мин
4.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
4.3	Изучение темы «Планирование семьи. Контрацепция». Вопросы темы: 1. Определение понятия «контрацепция». Основные принципы подростковой контрацепции. 2. Виды контрацептивов. 3. Комбинированная гормональная контрацепция. 4. Механизм действия гормональной контрацепции (ГК). 5. Преимущества ГК. 6. Сфера лечебного действия ГК у подростков. 7. Побочное действие ГК. 8. Факторы, снижающие эффективность ГК. 9. Современные тенденции ГК. 10. Барьерные методы контрацепции. 11. Другие методы контрацепции. 12. Неотложная контрацепция	Лекция (презентация)	90 мин
4.4	Демонстрация техники барьерного метода контрацепции.	Демонстрация	10 мин
4.5	Наиболее частые вопросы подростков по контрацепции.	Лекция (презентация)	15 мин
4.6	Закрепление материала.	По выбору преподавателя	5 мин
4.7	Подведение итогов занятия.		5 мин

4.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

4.2 Актуальность темы

Серьезной проблемой сохранения репродуктивного здоровья является подростковая беременность, по уровню которой Беларусь относится к числу стран со средними показателями. Вместе с тем девушки и юноши не всегда используют контрацепцию или боятся ею пользоваться, поскольку не владеют полной и достоверной информацией о ней. Все еще одним из методов планирования семьи остается аборт, при той ситуации, что на современном аптечном рынке имеется широкий спектр высокоэффективных контрацептивных средств.

4.3 Планирование семьи. Контрацепция

Определение понятия «контрацепция».
Основные принципы подростковой контрацепции

В конце 80-х — начале 90-х годов в связи с резким изменением социально-экономической обстановки остро возникла проблема подростковой контрацепции. Она была обусловлена не только создавшейся социальной ситуацией, но и пересмотром морально-этических норм в обществе, резким снижением традиционного влияния семьи на воспитание детей. Как следствие произошедших перемен, снизился возраст начала половой жизни. Если поколение женщин, достигших в настоящее время возраста 50 лет, начинали половую жизнь к 18–22 годам и в браке, то современные подростки уже к 15–16 годам имеют подобный опыт вне брака.

Контрацепция — *это процесс или способ предотвращения нежелательной беременности при помощи лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения или методов, которые позволяют избежать оплодотворения во время полового акта с минимальным вредом для собственного здоровья и с сохранением достойной, доставляющей удовлетворение, сексуальной жизни.*

Контрацептивные средства, рекомендуемые подросткам, должны отвечать современным требованиям, предъявляемым к контрацепции.

Принципы подростковой контрацепции:

1. Высокая эффективность (надежность) — данный критерий определяется индексом Перля (количество беременностей у 100 женщин, применявших определенный метод в течение одного года).
2. Доступность контрацептивов (наличие в аптеках, ценовая доступность, простота и удобство использования).
3. Безопасность (определяется безвредностью для здоровья).
4. Обратимость (восстановление фертильности после отмены метода).
5. Индивидуальный подход (предусматривает учет противопоказаний и соматических заболеваний, социальных факторов, характерологических черт, жизненных планов, отношения подростка к контрацепции, поведенческих стереотипов, вредных привычек).

Виды контрацептивов

1. Комбинированные оральные (КОК).
2. Комбинированные инъекционные (КИК).
3. Комбинированнные пластыри (КП) и вагинальные кольца (ВК).
4. Прогестагеновые противозачаточные таблетки (ПТП, мини-пили).

5. Медроксипрогестерона ацетат (МОПА) пролонгированного действия (Депо-Провера).
6. Имплантанты с левоноргестрелом (ЛНГ).
7. Таблетки для неотложной контрацепции (ТНК).
8. Внутриматочные средства: с медью Cu-ВМС, с левоноргестрелом ЛНГ-ВМС, для экстренной контрацепции Э-ВМС.
9. Барьерные методы (БАР): презервативы, спермициды, диафрагмы, колпачки.

К контрацепции относятся также методы отслеживания фертильности и прерванный половой акт.

Метод контрацепции считается хорошим, если он эффективен, а его применение безвредно для здоровья как женщины, так и будущего ребенка. Эффективность у каждого метода зависит от правильного его применения. Риска увеличения частоты врожденных пороков развития у плода после применения гормональной контрацепции нет.

При подборе метода контрацепции подростку, врач должен учитывать ряд факторов, оказывающих влияние на окончательный выбор:

- особенности состояния репродуктивной системы;
- противопоказания к назначению определенного вида контрацепции;
- побочные действия контрацептивных средств;
- психологические особенности подросткового возраста и особенности характера пациента;
- частоту половых контактов;
- количество половых партнеров;
- условия половых контактов.

При консультировании подростков по контрацепции требуется подробное выяснение ситуации, как у пациентки устанавливался менструальный цикл, частоту и характер его нарушений, как часто происходят половые контакты (раз в неделю, в месяц или реже). При наличии нескольких половых партнеров необходимо напомнить девушке об опасности ИППП и их профилактике. Важна информация при подборе подросткам контрацепции о строгом соблюдении правил применения метода и о побочных реакциях. Например, мажущие выделения из половых путей при нарушении режима приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) могут повлиять на решение девочки-подростка отказаться от их использования. Условия половых контактов молодых людей, сами контакты бывают спонтанными, что также следует учитывать при выборе контрацепции. Имеет значение для подростков и стоимость препарата.

Наиболее оптимальными и оправданными средствами контрацепции для подростков являются комбинированные оральные контрацептивы и презервативы. Принимая во внимание возможность заражения ИППП и особенности состояния репродуктивной системы девочки пубертатного возраста, можно при регулярной половой жизни или с лечебной целью рекомендовать применение двух методов одновременно. Это так называемый двойной голландский метод. Выбирая конкретный препарат из большого арсенала комбинированных препаратов, следует помнить, что для подростков наиболее приемлемы микродозированные монофазные препараты.

Индекс Перля

Метод	Количество беременностей на 100 женщин в год	
	Теоретический (ТИ)	Практический (ПИ)
Методы отслеживания фертильности (МОФ)	4–10	25
Спермициды	18	29
Презерватив	2	15
КОК, мини-пили	0,3	8
Гормональное кольцо	0,3	8

Комбинированная оральная контрацепция

Наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная контрацепция, основанная на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов.

Каждая таблетка КОК содержит эстроген и прогестаген. В качестве эстрогенного компонента КОК применяется синтетический эстроген — этинилэстрадиол (ЭЭ), в качестве прогестагенного — различные синтетические аналоги прогестерона (синонимы — прогестины).

Различают несколько видов комбинированных оральных контрацептивов: монофазные, двухфазные и трехфазные.

Монофазные (с постоянной ежедневной дозой эстрогена и гестагена в режиме 28-дневного менструального цикла). Они отличаются по дозе эстрогенов и типу прогестагенов. Монофазные оральные контрацептивы эффективны в профилактике и лечении некоторых гинекологических заболеваний. Наиболее безопасны современные микродозные монофазные КОК. Микродозными считают препараты с дозой эстрогена 20 мкг и менее, низкодозными — с содержанием этинилэстрадиола 30 мкг. Двух- и трехфазные препараты уступают монофазным контрацептивам в надежности, поэтому редко рекомендуются с лечебной целью, как и высокодозные (50 мкг ЭЭ)

Механизм действия гормональной контрацепции

- Подавляют овуляцию (созревание и выход яйцеклетки), влияя на гипофиз и снижая синтез эстрогенов в яичниках.
- Способствуют сгущению слизи в шейке матки, делая ее непроходимой для сперматозоидов.
- Изменяют структуру эндометрия, внутреннего слоя матки, делая невозможным прикрепление оплодотворенной яйцеклетки.
- Уменьшают перистальтику маточных труб, нарушая перемещение яйцеклетки по ним при возможной овуляции.

Противопоказания для КОК:

- Беременность, лактация.
- Заболевания и опухоли печени.

- Сердечно-сосудистые заболевания (тромбозы, инсульт, инфаркт, генетические и приобретенные тромбофилии).
- Курение (15–20 и более сигарет в день).
- Сахарный диабет с осложнениями.
- Головные боли, особенно очаговые выраженные (мигрень).
- Выраженное ожирение (ИМТ 30 и более), дислипидемия.
- Артериальная гипертензия, АД более 160/100.

Индивидуальный подбор контрацептивного препарата гинекологом предполагает беседу с подростком, изучение особенностей анамнеза, при необходимости — лабораторное обследование (общего и биохимического анализа крови, коагулограммы, общего анализа мочи). Диагностические клинические и лабораторные тесты не обязательны, чтоб назначить метод контрацепции, за исключением особых ситуаций.

Для большинства девушек (без особых лечебных показаний) препарат первого выбора должен быть монофазный КОК с минимальной дозой гормонов.

Факторы, снижающие эффективность гормональных контрацептивов

Наиболее значимыми из них являются: рвота, диарея, курение, повышение температуры тела, одновременный прием некоторых медикаментов (антибактериальных, противосудорожных, слабительных). В случае рвоты или диареи в течение 3 часов после приема препарата необходимо принять дополнительную таблетку. При наличии повторных приступов рвоты или диареи после принятия дополнительной таблетки следует вернуться к обычному порядку приема препарата, при этом не считать данный цикл надежно защищенным.

Комбинированное гормональное влагалищное кольцо

Нова Ринг — пластиковое кольцо, постепенно выделяющее этинилэстрадиол (15 мкг/сут) и этоногестрел (120 мкг/сут), которые всасываются через слизистую влагалища в течение одного менструального цикла, оказывая эффект микродозного контрацептива. Исключен «эффект первого прохождения» через желудочно-кишечный тракт и печень.

Противопоказания для подростков:

- сердечно-сосудистые заболевания (осложненное течение);
- гипертензия 160/100 и более;
- тромбозы и их риск;
- диабет осложненный;
- мигрень;
- тяжелые заболевания печени.

Комбинированные гормональные пластыри Евра — три накожных пластыря — депо в упаковке на один цикл, которые меняются через 7 дней. Благодаря чрезкожной доставке веществ создается равномерная концентрация в крови 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг норэлгестромина в сутки, обеспечивая микродозный контрацептивный эффект. Исключен этап первого прохождения стероидов через желудочно-кишечный тракт и печень. Возможность применять водные процедуры не ограничена. Противопоказания те же, что и у кольца.

Прогестагеновые препараты

Альтернативой применению комбинированных ОК является прием препаратов, содержащих только один гестагенный компонент — чистые прогестины (ЧП). Контрацептивная надежность этой группы препаратов ниже, чем комбинированных ОК.

Показаны курящим и тем, кому комбинированные КОК, содержащие эстрогены, противопоказаны, т. к. не влияют на свертываемость крови, тромбообразование и являются методом выбора для женщин с гипертонией.

Классификация прогестагеновых гормональных контрацептивов

Микродозные гестагеные ГК (мини-пили) содержат 0,03–0,05 мг гестагена в одной таблетке. Клинические исследования показали, что гестагенсодержащие контрацептивы не оказывают клинически значимого влияния на метаболизм липидов, углеводов и систему гемостаза, имеют мало побочных эффектов и хорошо переносятся при длительном применении.

Посткоитальные препараты или таблетки неотложной контрацепции (ТНК) содержат большие дозы гестагенов (0,75 или 150 мг), предназначены для экстренного применения после незащищенного полового акта.

Пролонгированные (депо-препараты). Предназначены для внутримышечного введения 1 раз в 3–6 месяцев. Содержат медроксипрогестеронкапронат или норэтистерон-ацетат (150 мг).

Подкожные импланты в виде силиконовых капсул, каждая из которых содержит гестаген, имплантируются в подкожную клетчатку: Норплант на 5 лет, Импланон — на 3 года. Не применялись в Беларуси.

Преимущества гормональной контрацепции

- Обратимость метода, самостоятельность контроля фертильности.
- Детородная функция у нерожавших женщин в возрасте до 30 лет, принимавших комбинированные ОК, восстанавливается в 90% случаев до 3 месяцев после отмены препарата.
- Достаточная изученность метода.
- Низкая частота развития побочных эффектов.
- Сравнительная простота применения.
- Отсутствие влияния на течение полового акта и на партнера.

Сфера лечебного применения гормональной контрацепции у подростков:

- Ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), анемии.
- Дисменорея (болезненные менструации).
- Олигоменорея на фоне склерополикистоза яичников (СПКЯ).
- Дисгормональные доброкачественные заболевания молочных желез.
- Гиперандрогения и дерматопатия (акне, себорея).
- Эндометриоз.
- Функциональные кисты яичников.

Побочное действие гормональной контрацепции:

- повышение свертываемости крови;
- повышение артериального давления;
- снижение толерантности к глюкозе, возможна транзиторная глюкозурия;;
- снижение уровня всех витаминов за счет снижения всасываемости, за исключением витамина А;
- эстрогены повышают липопротеиды высокой плотности, уровень триглицеридов;
- гестагены повышают уровень общего холестерина в плазме, липопротеидов низкой плотности;
- КОК могут вызвать более раннее закрытие центров роста эпифизов костей, что следует учитывать при назначении их молодым женщинам до 18 лет;

- могут повышать массу тела за счет задержки жидкости (эстрогенный эффект), анаболического эффекта гестагенов и повышения аппетита;
- под влиянием эстрогенов в печени происходит транзиторное повышение трансаминаз, редко — внутрипеченочный холестаз, в желчном пузыре — образование камней;
- тошнота;
- мигрень;
- депрессию могут вызывать некоторые гестагены;
- отосклероз — локальный остеодистрофический процесс в лабиринтах органов слуха;
- дискомфорт при использовании контактных линз (отек роговицы);
- хлоазмы — гиперпигментация кожи лица, преимущественно в области лба и щек;
- аллергические реакции;
- напряжение в молочных железах, масталгия;
- выделения из влагалища (прорывные и маточные кровотечения);
- аменорея (отсутствие менструации в течение 6 месяцев) после отмены ОК.

Факторы, снижающие эффективность комбинированных оральных контрацептивов

Наиболее значимыми из них являются: рвота, диарея, одновременный прием некоторых медикаментов (антибактериальных, противосудорожных, слабительных). В случае рвоты или диареи в течение 3 часов после приема препарата необходимо принять дополнительную таблетку. При наличии повторных приступов рвоты или диареи после принятия дополнительной таблетки следует вернуться к обычному порядку приема препарата, при этом не считать данный цикл надежно защищенным.

Современные тенденции гормональной контрацепции:

- Снижение доз эстрогенов и гестагенов.
- Введение их через кожу и слизистые, минуя печень.
- Вакцины для временной стерилизации.
- Новые имплантанты, не требующие извлечения.
- Индивидуальный подбор препарата с учетом лечебных эффектов.

Барьерные методы контрацепции

К барьерным методам относятся презервативы (мужские и женские), влагалищные диафрагмы, цервикальные колпачки и спермициды.

Презерватив — чехол, надеваемый на эрегированный половой член, обеспечивающий контрацептивный эффект путем создания механического барьера, препятствующего попаданию спермиев во влагалище, а также болезнетворных микробов из эякулята, с полового члена во влагалище. Самым надежным презервативом является мужской латексный со спермицидной смазкой. Наиболее распространены покрытые специальной смазкой презервативы, длиной около 16 см и диаметром около 3,5 см, различающиеся по форме, цвету, качеству смазки, толщине.

По данным литературы, при регулярном и правильном использовании презервативов (не менее 6 мес) риск возникновения трансмиссивных инфекций снижается в 2 раза.

Мужские презервативы следует рекомендовать молодежи, т. к. они удобны, доступны, наиболее оптимальны в связи с тем, что:

- Обеспечивают надежную защиту от ИППП (кроме сифилиса), ВИЧ-инфекции.
- Могут способствовать профилактике таких состояний, вызываемых ИППП, как:
  - рекуррентные воспалительные заболевания органов малого таза и хроническая тазовая боль;
  - рак шейки матки;
  - бесплодие (мужское и женское).
- Не приводят к возникновению побочных эффектов гормонального характера.
- Могут использоваться в качестве как временного, так и постоянного средства контрацепции.
- Могут использоваться без периодического обращения за помощью к врачу.
- Имеются в широкой продаже, и их можно легко приобрести.
- Побочные эффекты отсутствуют.

Недостатки использования презервативов:

- недостаточно высокая контрацептивная эффективность (3—14 беременностей на 100 женщин в течение первого года применения);
- необходимость мотивации обоих партнеров к использованию метода;
- связь с половым актом;
- возможность появления местной аллергической реакции на латекс или любрикант;
- возможность снижения сексуальных ощущений при coitus;
- вероятность разрыва («сползания») презерватива.

Размеры презервативов. Презервативы производят в соответствии со стандартами. Чаще всего используются международные стандарты — ISO (Международная организация стандартов), WHO (Всемирная организация здравоохранения), стандарт Европейского Союза (CEN). Если на презервативе имеется национальный стандарт с буквами EN, это означает, что изделие соответствует стандарту, согласованному с общеевропейским.

Факторы, влияющие на прочность презервативов:

- срок хранения;
- качество упаковки;
- условия хранения.

Продаваемые изделия сертифицированы. Качество презервативов может сильно ухудшиться при нарушении условий хранения, при этом видимые признаки изменений могут отсутствовать. Презервативы теряют свои свойства при воздействии высокой температуры, солнечного света и веществ, реагирующих с латексом (масло, вазелин и др.). Поэтому их рекомендуется хранить в сухом прохладном месте, вдали от солнечных лучей. При хранении необходимо исключить возможность механических повреждений. Нельзя держать презервативы там, где их упаковка постоянно обо что-то трется: во внутреннем кармане одежды, в бардачке машины, в кармане вместе с ключами, в сумочке в большом отделении вместе с другими вещами и т. д.

По результатам множества проведенных исследований — вероятность передачи ИППП при регулярном использовании презервативов составляет от 0 до 25%.

В последнее время появилось мнение о том, что презерватив не защищает от ВИЧ. При этом делаются ссылки на исследования петербургских ученых, обнаруживших в латексе микроскопические поры. Как известно, ВИЧ передается только с жидкостью (кровь, лимфа и т. д.). Поэтому если презерватив герметичен, то он не пропустит жидкость и ВИЧ вместе с ней. При этом герметичность не обязательно означает полное отсутствие пор — достаточно, чтобы жидкость не проходила через материал. В качестве примера можно вспомнить обычный зонт, который не пропускает воду, несмотря на наличие в ткани пор.

Для подтверждения, что использование презерватива может предотвратить заражение ВИЧ, в Европе было проведено исследование, в котором один из партнеров — вирусоноситель, а другой — нет. На протяжении длительного времени (22 месяца) контролировалось использование ими презервативов. Из 124 партнеров, регулярно использовавших презерватив, не заразился никто. В то же время в парах, использующих презервативы от случая к случаю, заразилось примерно 10%. Таким образом, постоянное правильное использование презерватива предотвращает заражение ВИЧ.

Рекомендации по применению презерватива:

- не открывать упаковку презерватива с помощью;
- не хранить презервативы в теплом месте, вблизи обогревателей, источников света, при повышенной влажности и давлении в связи с разрушением изделий в этих условиях;
- не использовать презерватив при нарушении герметичности упаковки;
- начинать использование презерватива с самого начала полового акта;
- использовать презерватив одноразово;
- не использовать жиросодержащие составы и кремы (пищевые жиры, детский крем, вазелин) для смазки презервативов, поскольку это разрушает целостность изделия;
- для предупреждения соскальзывания презерватива и с целью повышения эффективности метода извлекать половой член из влагалища сразу после эякуляции в состоянии эрекции;
- при соскальзывании презерватива или его разрыве во время полового акта необходимо использовать метод экстренной контрацепции.

Виды презервативов:

1. По качеству выделки:

а) гладкие. Обычные презервативы без какой-либо специальной структуры;

б) контурированные (Contoured), плотноприлегающие (form fitting);

в) текстурированные. Презервативы с различной специальной текстурой (выделкой) — ребрышками, шаровидными образованиями или их сочетанием.

2. По наличию и качествам смазки:

а) без смазки;

б) обычная смазка. В стандартной смазке, как правило, используется силиконовое масло или монопропиленгликоль;

в) обильная смазка. Как правило, удвоенное количество смазки;

г) ароматизированная смазка. В смазку добавлен парфюмированный или фруктовый ароматизатор;

д) спермицидная смазка. В смазку добавлено вещество (как правило, nonoxinol-9), убивающее сперматозоиды и понижающее их подвижность;

е) смазка, продлевающая половой акт (Long love). В смазку добавлено специальное анестезирующее вещество, действие которого отдаляет семяизвержение, не снижая эрекции.

3. По другим признакам:

а) увеличенного размера. В отличие от стандартных презервативов, их размер (ширина) увеличен до 54–56 мм;

б) особо прочные (более толстые презервативы);

в) сверхтонкие (Ultrathin);

г) светящиеся. В смазку или латекс добавлено специальное, светящееся в темноте фосфоресцирующее вещество;

д) «самонадевающиеся» (One Touch). Для надевания достаточно приложить презерватив к головке полового члена и потянуть за ленту.

Женский презерватив. Диафрагмы и шеечные колпачки устарели, неудобны и не рекомендуют подросткам.

Спермициды

К ним относятся вагинальные свечи, таблетки, крем, пенки, гели, пленки, содержащие спермицидное средство. Они вводятся во влагалище за 5–10 минут до полового акта.

В настоящее время чаще всего применяют ноноксинол-9, бензалкония хлорид и октоксинол (поверхностно-активные вещества). Спермициды выпускаются в форме крема, геля, пенообразующих аэрозоля или таблеток, а также пленок и влагалищных свечей. Самые известные из них: «Фарматекс», «Патентекс-овал», «Стерилин». Лучше всего распределяются во влагалище и, следовательно, более эффективны пенообразующие аэрозоли. Гели и влагалищные свечи менее эффективны. Эффективность спермицидов существенно повышается при их использовании с презервативом. Ноноксинол-9 не всасывается и не повышает риск самопроизвольного аборта, пороков развития и рождения маловесных детей. Важно помнить о правильном использовании этих препаратов: они представляют собой кислоты и при контакте со щелочной средой, создаваемой, например, мылом — теряют активность.

При длительном применении ноноксинол-9 нарушает нормальный состав микрофлоры влагалища. Это проявляется уменьшением числа Lactobacillus spp. и увеличением Escherichia coli, что предрасполагает к бактериурии и воспалению или дисбактериозу влагалища.

Внутриматочные средства

Внутриматочные средства (спирали) вводят в полость матки в последний день менструации. Спираль может находиться в полости матки от 4 до 8 лет в зависимости от ее формы и фирмы-изготовителя. Спирали не рекомендуется ставить нерожавшим женщинам, не имеющим постоянного полового партнера, с острыми и хроническими воспалительными процессами. Спирали не предохраняют от ИППП. Созданы медикаментозные спирали с медью, с прогестероном, имеется внутриматочная система с выделением 20 мкг левоноргестрела в сутки (Мирена). Восстановление фертильности происходит обычно через 3–6 месяцев после удаления внутриматочного средства. Молодым девушкам после родов или абортов при определенном социальном статусе можно рекомендовать этот метод.

Методы отслеживания фертильности

Методы отслеживания фертильности предусматривают определение фертильных дней в течение менструального цикла путем наблюдения за признаками фертильности: цервикальной секрецией и базальной температурой или путем контроля тестов на овуляцию по моче. Сперматозоиды, попавшие в половые пути женщины, способны оплодотворить яйцеклетку в среднем в течение 72 часов. Каждый месяц в середине менструального цикла происходит созревание яйцеклетки и овуляция. Яйцеклетка способна к оплодотворению в течение 48 часов.

Девушки, для которых беременность является недопустимым риском ввиду состояния здоровья или других факторов, должны знать, что методы отслеживания фертильности характеризуются высоким процентом неудачных исходов.

Прерванное половое сношение

Прерванное половое сношение — извлечение полового члена из влагалища до наступления оргазма и эякуляции у мужчины. Является малоэффективным методом контрацепции, основ-

ное его достоинство в том, что его применение не зависит от многих обстоятельств и всегда доступно.

Неотложная (экстренная) контрацепция

Неотложной контрацепцией (НК) в настоящее время принято считать те средства, которые можно использовать для предупреждения беременности после совершенного полового контакта без предохранения (незащищенного полового контакта). С этой целью некоторые женщины применяют спринцевания, введение различных спермицидных средств во влагалище после полового акта и другие методы, которые, несомненно, являются неэффективными.

Неотложная контрацепция используется в чрезвычайных ситуациях.

Внутриматочная экстренная контрацепция.

Введение внутриматочного средства (Э-ВМС) производится в течение 5—7 дней после незащищенного полового контакта. Учитывая высокий риск воспаления матки и придатков после введения ВМС, его нецелесообразно применять в качестве экстренной контрацепции молодым, не рожавшим пациенткам, при наличии большого числа половых контактов и партнеров, при случайных половых связях.

Показания для использования неотложной контрацепции:

- Изнасилование.
- Случайный коитус.
- Наличие сомнений в целостности презерватива.
- Невозможность использовать планируемые методы контрацепции.
- Ошибка методов отслеживания фертильности (МОФ).
- Пропуск таблетки КОК.

Неотложная гормональная контрацепция применяется не чаще 2–3 раз в году, так как может привести к нарушениям менструального цикла.

Неотложная контрацепция — это не аборт, а попытка его избежать.

Гормональная неотложная контрацепция в виде таблеток неотложной контрацепции (ТНК)

ВОЗ рекомендует в целях неотложной контрацепции ТНК использовать:

- специальное средство для неотложной контрацепции, содержащее прогестин (левоноргестрел);
- специальное средство для неотложной контрацепции, содержащее эстроген и левоноргестрел;
- КОКи, содержащие эстроген и прогестин (левоноргестрел, норгестрел).

Частота использования данного метода предупреждения беременности в развитых странах Европы достаточно высока за счет хорошей информации и наличия в аптечной сети препаратов для неотложной контрацепции в специальных упаковках, содержащих дозу для разового применения. Это существенно облегчает доступность метода. Тем не менее, неотложная контрацепция пока остается малораспространенным методом предупреждения нежелательной беременности. Так, исследования показали, что только 1% американских женщин применяют НК и только четверть гинекологов регулярно рекомендуют ее своим пациенткам. В Швеции НК стала распространяться с 1993 года, в Финляндии число женщин, применяющих ПК, в пе-

риод с 1990 по 1994 год возросло с 3 до 10%. Как правило, за НК обращаются пациентки моложе 25 лет. Большинство ученых считают, что данный метод предупреждения беременности несет в себе самый незначительный риск для здоровья женщины. НК возможно использовать даже некоторым из тех пациенток, кому не рекомендуется применять регулярно современные низкодозированные гормональные контрацептивы, ввиду наличия у них различных экстрагенитальных заболеваний. По данным литературы, за последние 20 лет отсутствуют сведения о каких-либо осложнениях, связанных с применением НК.



Внимание! Риск при использовании НК гораздо меньше риска возникновения осложнений от последующего аборта; для определенного контингента пациенток в ряде ситуаций приемлем только данный метод контрацепции. Не нарушают течения существующей беременности.

Эстроген-гестагенные препараты

Наиболее распространенным методом является, схема экстренной контрацепции Юзпе, которая заключается в двукратном использовании 100 мкг этинилэстрадиола и 0,5 мг левоногестрела в течение 72 часов после полового акта дважды с интервалом в 12 часов

Гестагенные препараты для НК

Наиболее распространенный метод — использование высокодозированных препаратов левоноргестрела:

«Постинор» 0,75 мг, принимают дважды с интервалом 12 часов по одной таблетке в течение 48-72 часов после полового акта,

«Эскапел» 0,150 мг однократно в течение 5 дней после коитуса

Препараты зарегистрированны в Республике Беларусь.

Антипрогестины

Мифепристон — синтетический антипрогестин, высокоэффективный посткоитальный контрацептив, не имеющий побочных действий. По данным исследований, частота беременностей при применении для посткоитальной контрацепции мифепристона (600 мг внутрь однократно) — 0%. Мифепристон вызывает менструацию даже при приеме на 27-й день менструального цикла, то есть когда после полового акта, во время которого могло произойти зачатие, прошло более 72 ч.

Препарат известен как средство для производства консервативного или медикаментозного аборта в ранних сроках. Мифепрестон также может использоваться как ТНК в течение 5 недель после полового контакта в ситуациях, когда женщине противопоказаны эстрогены. Одним из отрицательных эффектов его является большая продолжительность менструального цикла после приема препарата, что обусловлено задержкой созревания фолликула. Примерно у 60% женщин менструация после НК наступает в ожидаемые сроки. Может наблюдаться нарушение менструального цикла в виде более раннего начала менструации (на 3–6 дней) или задержки (на 3–10 дней).

Побочные эффекты экстренной контрацепции:

- тошнота;
- рвота;
- головная боль, головокружение;
- напряжение в молочных железах;
- боли внизу живота;
- нарушение менструального цикла.

При любой схеме: чем раньше начата экстренная контрацепция, тем лучше эффект.

4.4 Демонстрация техники барьерного метода контрацепции

Используя муляж полового члена, преподаватель демонстрирует технику надевания презерватива.

4.5 Наиболее частые вопросов подростков по контрацепции

1. Какой самый надежный способ предохранения от нежелательной беременности у подростков?

- Самый надежный способ контрацепции (100%) — воздержание (отказ от половой жизни).
- Гормональные препараты — 98–99%-ный контрацептивный эффект.
- Презерватив — 85–98%.
- Внутриматочная спираль — 97–98%.
- Барьерные — 80–90%.
- Физиологический метод — 75–90%.
- Прерванный половой акт — 75–90%.

2. Когда надо получить информацию или прийти на консультацию по контрацепции: до начала половой жизни, после начала, когда наступила беременность, после первого полового контакта?

До начала половой жизни.

3. Куда можно обратиться за консультацией по контрацепции?

К подростковому гинекологу, акушеру-гинекологу, подростковому врачу, в центры здоровья подростков и молодежи (центры доброжелательного отношения к подросткам и молодежи).

4. В каком возрасте следует начинать половую жизнь?

После 18 лет, когда вы достигли психологической и физиологической зрелости, у вас есть любимый человек и вы вступаете в брак.

5. Предохраняют ли противозачаточные таблетки от ИППП и ВИЧ (СПИДа)?

Нет, не предохраняют.

6. Предохраняет ли спираль от ИППП и ВИЧ (СПИДа)?

Нет, не предохраняет.

7. Предохраняет ли презерватив от ИППП и ВИЧ (СПИДа)?

Да, предохраняет при правильном использовании.

8. Можно ли для лучшего эффекта использовать два презерватива одновременно?

Нельзя.

9. Что надо делать, если порвался презерватив?

Необходимо использовать экстренную контрацепцию и средства индивидуальной профилактики ИППП (0,01%-ный раствор мирамистина, 0,05%-ный раствор хлоргексидина), которые можно приобрести в аптеке без рецепта.

10. Какое самое лучшее средство контрацепции у подростков? Почему?

- Ответственное и безопасное поведение, презерватив.
- Презерватив — это единственное средство, которое надежно предохраняет как от нежелательной беременности, так и от ИППП, ВИЧ.

11. Какое средство контрацепции надо использовать при первом половом акте?

Надо обязательно использовать презерватив. Можно использовать презерватив и гормональные препараты одновременно. Можно использовать одновременно презерватив и химические средства контрацепции для повышения эффективности применяемого метода.

12. Правда ли, что чем позже девушка начинает половую жизнь, тем болезненнее для нее первый половой контакт?

Нет, неправда, от возраста это не зависит, у 15–18% девушек первый половой акт проходит безболезненно в результате анатомических особенностей.

13. Правда ли, что контрацептивные гормональные таблетки могут вызвать бесплодие?

Нет, неправда. КОКи обладают лечебными эффектами, нормализуют нерегулярный менструальный цикл, используются для лечения некоторых видов бесплодия.

14. Кто должен приходить на консультацию по контрацепции: девушка или молодой человек?

На консультацию могут прийти девушка и молодой человек как самостоятельно, так и одновременно.

15. Можно ли прийти на консультацию по контрацепции с подругой или другом?

На консультацию по контрацепции рекомендуется приходить с партнером, но можно прийти и с подругой.

16. Может ли наступить беременность при первом половом контакте?

Может.

17. Может ли наступить беременность при оральном и анальном контактах?

Беременность может наступить при любых формах половых отношений, если часть спермы попадет в половые органы.

18. Можно ли заразиться СПИДом при оральном и анальном половых контактах?

Можно. Риск заражения при анальном контакте выше, чем при влагалищном.

19. Правда ли, что вакуум-аспирация не имеет последствий для здоровья?

Нет. Вакуум-аспирация — это более безопасный мини-аборт в раннем сроке. После вакуум-аспирации могут быть такие же осложнения, как после аборта, но бывают реже.

20. Можно ли вводить ВМС женщинам, которые не рожали?

Не рекомендуется.

21. Может ли наступить беременность во время менструации?

Нет, не может.

22. Может ли беременность наступить до начала первой менструации?

Может, так как яйцеклетка может созреть до наступления первой менструации.

23. Какие дни безопасные для половой жизни у подростков?

Для подростков с нерегулярным менструальным циклом таких дней не бывает.

24. Что делать, если ожидаемые месячные не пришли в срок?

Необходимо обратиться к акушеру-гинекологу не позднее одной недели задержки со дня ожидаемых месячных. Сделать домашний тест с мочой на беременность.

4.6 Закрепление материала

4.7 Подведение итогов занятия

При подведении итогов занятия преподаватель подчеркивает важность применения контрацепции как метода планирования семьи, необходимость информирования подростков о контрацепции, дает краткую характеристику основным методам контрацепции, обращает внимание на принципы подростковой контрацепции.

ЗАНЯТИЕ 5

Инфекции, передаваемые половым путем

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: обобщить и закрепить знания по инфекциям, передаваемым половым путем, ВИЧ-инфекции.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- определения понятий «ИППП»;
- эпидемиологическую ситуацию с ИППП, в том числе обязательно тенденции и особенности среди молодежи 15–29 лет;
- возможные пути заражения ИППП;
- основные симптомы гонококковой и хламидийной инфекции, сифилиса, трихомониаза, аногенитального герпеса, аногенитальных бородавок и других связанных (ассоциированных) с половым путем передачи урогенитальных инфекций (мико-уреаплазмоз, кандидоз, бактериальный вагиноз);
- пути профилактики и методы защиты от ИППП;

б) должны уметь:
- проводить консультирование подростков и молодых людей по вопросам ИППП.

Время: 4 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
5.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
5.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
5.3	Изучение темы «Инфекции, передаваемые половым путем». Вопросы темы: 1. Эпидситуация по ИППП и пути передачи. 2. Основные признаки ИППП. 3. Сифилис, гонококковая и хламидийная инфекции, трихомониаз, аногенитальные герпес и бородавки, другие инфекции, связанные с половым путем передачи, — мико-уреаплазмоз, кандидоз, бактериальный вагиноз. 4. Консультирование по вопросу «Как защитить себя от ИППП?» 5. Вопросы, наиболее часто задаваемые подростками по ИППП.	Лекция (презентация)	160 мин
5.4	Закрепление материала.		10 мин
5.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

5.1 Организационный момент

5.2 Актуальность темы

В нашей республике сохраняется высокий уровень заболеваний, передаваемых половым путем. Среди первичной заболеваемости 50–70% случаев приходится на возрастную группу 15–29 лет. ИППП представляют реальную угрозу репродуктивному здоровью, так как чаще всего являются причиной бесплодия, нередко вызывают осложнения течения беременности и привычные выкидыши. Воспалительный процесс половых органов, нередко связанный с ИППП, во много раз повышает риск инфицирования вирусом иммунодефицита человека.

Таким образом, снижение заболеваемости как ИППП, так и ВИЧ-инфекции во многом зависит от знаний молодых людей об этих инфекциях, путях их распространения, уровня личной мотивации на использование средств защиты от ИППП при половых контактах, умения и навыков пользования средствами контрацепции.

5.3 Инфекции, передаваемые половым путем

Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем

Инфекции, передаваемые половым путем, — большая группа инфекционных заболеваний, которую объединяет половой путь заражения. Значительно реже эти болезни передаются неполовым путем.

Известно более 30 инфекций, которые могут передаваться при половых контактах. В первую очередь это сифилис, гонококковая и хламидийная инфекции, трихомониаз, аногенитальные герпес и бородавки, а также мочеполовой кандидоз (молочница), бактериальный вагиноз (устаревшее название гарднереллез), лобковая вшивость (педикулез), чесотка и др.

Все ИППП вызываются болезнетворными микроорганизмами — бактериями, вирусами, простейшими, грибами, паразитами.

ИППП очень широко распространены во всем мире. По данным ВОЗ, на земном шаре каждый шестой житель болеет какой-либо из инфекций, передаваемой половым путем.

Для нашей страны проблема ИППП также является чрезвычайно актуальной. Суммарная заболеваемость ИППП из всех инфекционных заболеваний занимает 4-е место после ОРВИ, гриппа, гельминтозов. Среди случаев первичной заболеваемости более половины приходится на возраст от 15 до 29 лет.

Женщины заболевают в 3–5 раз чаще, чем мужчины. ИППП часто являются причиной бесплодия (у 55–85% женщин и у 20–40% мужчин), патологического течения беременности, выкидышей, внутриутробных инфекций, врожденной патологии у новорожденных, детской смертности и инвалидности.

Пик заболеваемости сифилисом пришелся на 1996 год, когда в республике было поставлено на учет 21 616 больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

В 1997 году заболеваемость несколько снизилась и в последующие годы приобрела устойчивую тенденцию к снижению.

Заболеваемость сифилисом

Годы	Число случаев на 100 тысяч населения
1996	210,9
1997	199,1
2000	105,2
2002	58,8
2004	41,1
2006	27,1
2008	19,0
2009	18,0

Несмотря на положительную динамику необходимо отметить, что уровень заболеваемости сифилисом в республике значительно (примерно в 10 раз) превышает заболеваемость этой инфекцией в странах Западной Европы. Ежегодно в республике регистрируются случаи врожденного сифилиса, сифилис сердечно-сосудистой системы и нейросифилис. Отмечено нарастание удельного веса сельских жителей в общей структуре заболеваемости сифилисом, которые составляют более 30%.

Показатель заболеваемости гонококковой инфекцией (гонореей) в 2009 году составил 44,0 случая на 100 тысяч населения (в сравнении в 1995 году — 165,0, в 2000 году — 98,8 на 100 тысяч населения). На фоне значительного улучшения ситуации в целом, заболеваемость молодых людей в возрастной группе 15–29 лет в несколько раз превышает общий уровень заболеваемости этой инфекцией. А заболеваемость сифилисом и гонококковой инфекцией девушек 15–19 лет в 3–5 раз превышает заболеваемость среди юношей такого же возраста.

В последние десятилетия отмечено увеличение темпов роста других ИППП. Так, в сравнении с 1995 годом заболеваемость хламидийной инфекцией возросла почти в 9 раз (1995 год — 16,1; 2009 год — 140,3 на 100 тысяч населения).

Высокий уровень заболеваемости ИППП создает угрозу дальнейшего распространения в республике ВИЧ, поскольку наличие у человека ИППП во много раз повышает риск инфицирования вирусом иммунодефицита. Через разрыхленную, поврежденную, воспаленную слизистую оболочку, язвы, эрозии вирусу гораздо легче внедриться в организм.

Основные признаки ИППП

Некоторые ИППП не имеют ярко выраженных клинических симптомов, часто протекают хронически — малосимптомно или даже бессимптомно. Это особенно характерно для женщин из-за анатомо-физиологических особенностей их мочеполовой системы. В связи с этим они зачастую долго не обращаются за медицинской помощью и могут, не чувствуя себя больными, заражать своих новых половых партнеров.

В тех случаях, когда ИППП не имеют скрытого течения, их основными признаками, в зависимости от болезни, могут являться:

Основные клинические признаки ИППП:

- необычные выделения (обильные, желтоватые, пенистые, творожистые, нередко с неприятным запахом) из влагалища, мочеиспускательного канала или из прямой кишки;
- зуд, жжение, раздражение, отек в области половых органов и анального отверстия;
- боли внизу живота, в области поясницы у женщин; в области яичек или промежности у мужчин;
- кровянистые выделения из влагалища у женщин в период между менструациями;
- болезненные ощущения во время полового акта;
- рези или дискомфорт при мочеиспускании; может появиться учащенное мочеиспускание, помутнение мочи;
- сыпь на теле, половых органах, ладонях, подошвах;
- язвочки, пузырьки, эрозии на половых органах, в полости рта, в области анального отверстия;
- разрастания в области половых органов или анального отверстия;
- увеличение лимфатических узлов.

Краткие сведения о некоторых ИППП

Сифилис

Возбудитель: бактерия, называемая бледной спирохетой (трепонема).

Пути заражения:

- любые виды половых контактов (анальный —наиболее опасный, вагинальный, оральный);
- через кровь, загрязненные иглы, шприцы;
- вертикальный (трансплацентарный) — от матери к ребенку во время беременности (врожденный сифилис);
- бытовой путь — встречается довольно редко, но реален при несоблюдении элементарных гигиенических норм поведения (использовании чужой посуды, мочалок, полотенец, ночных горшков и т. п.). Среди молодежи такой путь возможен при коллективном распитии пива из горлышка одной бутылки, пользовании общей посудой за столом на вечеринке, общем раскуривании одной сигареты, пользовании одной губной помадой (среди девушек) и др.)

Скрытый период: 3–4 недели от момента заражения, при приеме антибиотиков в обычных дозах может затягиваться до нескольких месяцев.

С момента появления первых признаков болезни человек становится заразным для окружающих. Заболевание протекает со сменой нескольких периодов.

Первичный период: На половых органах, в полости рта, в анальной области (в зависимости от того, при каком виде полового контакта произошло заражение) появляется безболезненная эрозия (очень поверхностный дефект) или язвочка округлой или овальной формы, уплотненная в основании (твердый шанкр). Через некоторое время происходит увеличение лимфатических узлов, ближайших к язве, чаще паховых. Первичный период длится 6–8 недель. Твердый шанкр постепенно заживает (без лечения), но болезнь прогрессирует, захватывая все органы и системы.

Вторичный период: наступает вслед за первичным, длится от двух до пяти лет. Для него характерны разнообразные высыпания, которые могут появляться на коже туловища, половых органов, ладонях, подошвах, слизистых оболочках полости рта и глотки (эрозии, сифилитическая ангина) и половых органов (эрозии, язвочки). Может наблюдаться выпадение волос, увеличение лимфатических узлов. На половых органах и в области заднего прохода могут появляться бородавчатые разрастания, так называемые «широкие кондиломы». Характерно волнообразное течение: сыпь постепенно проходит сама по себе, без лечения, но затем возникает вновь (рецидив). В этом периоде возможно поражение внутренних органов и нервной системы (нейросифилис).

Третичный период: наступает при отсутствии лечения сифилиса или недостаточном его лечении. В этом периоде поражение жизненно важных органов и систем (сердечно-сосудистой, нервной, костно-суставной) становится необратимым, принимает разрушительный характер.

Сифилис с самого начала может протекать скрыто (без клинических проявлений). Такая форма болезни не менее опасна, она тоже заразна для окружающих и приводит к поражениям внутренних органов и нервной системы.

При любых формах сифилиса для диагностики и окончательного установления диагноза необходимо лабораторное тестирование, которое можно пройти в любой поликлинике, а также в кожно-венерологических кабинетах больниц и специализированных диспансерах.

Гонококковая инфекция (гонорея)

Возбудитель: гонококк Нейссера.

Пути заражения:

- все виды половых контактов;
- возможно бытовое заражение (у девочек чаще всего от больной матери через банное полотенце, губку, общую постель,).

Инкубационный период обычно длится 3–7 дней.

У женщин появляются слизисто-гнойные выделения из половых путей. Возможны, но реже, чем у мужчин, рези при мочеиспускании. В то же время особенность данного заболевания у женщин в том, что они зачастую не замечают признаков болезни.

Выделения могут попасть в прямую кишку и вызвать ее воспаление. Если вовремя не начато лечение, воспалительный процесс распространяется на матку и придатки — появляются боли внизу живота и в пояснице, повышается температура тела, может возникнуть кровотечение. Последствиями осложненного гонорейного процесса являются бесплодие, невынашивание беременности, внематочная беременность.

У мужчин гонорея сопровождается гораздо более ярко выраженными симптомами, чем у женщин (обильные гнойные выделения, сильные рези при мочеиспускании). При хроническом течении болезни все проявления быстро затихают и становятся малозаметными, периодически обостряясь после приема алкоголя, бурного полового акта, физического перенапряжения. Серьезными осложнениями гонореи у мужчин являются поражение гонококками предстательной железы (простатит), семенных пузырьков, придатков яичек (эпидидимит) или самих яичек (орхит). Если больной не получает лечения или занимается самолечением, гонорея на любой стадии может привести к бесплодию и импотенции.

При оральном сексе без презервативов мишенью для гонококка могут стать глотка и миндалины. Если руками, загрязненными выделениями, гонококк занесен в глаза, возникает острое воспаление и гноетечение из глаз (бленорея).

Гонорея представляет опасность и для новорожденных детей. Во время родов при прохождении по половым путям матери происходит попадание гонококка на слизистые оболочки ребенка, чаще всего — конъюнктиву глаз. При отсутствии специальной профилактики это обычно приводит к развитию бленореи с возможным развитием слепоты.

Трихомониаз

Возбудитель: влагалищная трихомонада — одноклеточный микроорганизм, относящийся к типу простейших.

Пути заражения: преимущественно половой. Бытовой путь возможен только у девочек, которые заражаются от больных матерей. Мнение о том, что трихомониазом можно заразиться при купании в водоеме или бассейне, ни на чем не основано.

Инкубационный период: от 3–5 дней до 2–3 недель от момента заражения. У женщин симптомы заболевания более выражены, чем у мужчин. Мужчины довольно часто являются носителями трихомонад, не подозревая о своей болезни. У женщин трихомониаз проявляется воспалением влагалища, сопровождающимся обильными выделениями (белями). Они могут быть пенистыми, жидкими, желтоватыми, иногда зеленоватыми и иметь неприятный запах. Отмечается сильный зуд или жжение, покраснение, отечность и раздражение в области половых органов. Нередко трихомониаз у женщин может протекать малосимптомно.

Трихомониаз относится к заболеваниям, которые не обязательно лечить у венеролога. Если трихомонады обнаружены при обследовании у гинеколога, лечение проводится там же. Обязательным является одновременное обследование и лечение полового партнера (у уролога), даже в том случае, если его ничего не беспокоит.

Хламидийная инфекция (хламидиоз)

Возбудитель: хламидия — внутриклеточный микроорганизм, занимающий промежуточное положение между бактериями и вирусами.

Пути заражения: преимущественно половой, возможен бытовой и трансплацентарный (во время беременности от матери к плоду).

Инкубационный период: до 20–30 дней. По клиническим признакам хламидиоз напоминает гонорею, но чаще протекает малосимптомно, особенно у женщин. Иногда заболевание выявляется только при обследовании по поводу осложнений — бесплодия, выкидышей, воспалительных процессов. Хламидии могут поражать, кроме половых органов, глаза и суставы (синдром Рейтера). Для обнаружения возбудителя необходимы специальные методы исследования (молекулярно-биологический — ПЦР-диагностика, иммуноферментный, иммунофлуоресцентный, культуральный), обычного гинекологического или урологического обследования в случае хламидиоза недостаточно.

Мико-уреаплазмоз

Возбудитель: микоплазмы (уреаплазмы) — внутриклеточные микроорганизмы, так же как и хламидии, занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами. Микоплазмы и уреаплазмы встречаются иногда и у здоровых людей, поэтому их относят к так называемым условно-патогенным (условно-болезнетворным) микроорганизмам, т. е. они могут вызвать развитие заболевания лишь при определенных обстоятельствах (ослабление иммунитета, сопутствующая инфекция половых органов, аборт, выкидыш).

Пути заражения: преимущественно половой, возможны бытовой и трансплацентарный.

Инкубационный период: от 10–20 до 40–60 дней. Начало заболевания из-за малосимптомного течения можно установить не всегда. Специфической клинической картины заболевания нет, симптомы могут напоминать гонорею, хламидиоз, схожими являются и осложнения. Микоплазмы и уреаплазмы могут проникать в сперматозоиды и вызывать их изменения.

Для подтверждения диагноза, так же как и при хламидиозе, недостаточно обычного гинекологического (урологического) обследования, требуется проведение специальных лабораторных исследований для обнаружения микоплазм (посевы на жидкие питательные среды или другие методы).

Кандидоз (молочница)

Возбудитель: дрожжеподобные грибы рода Кандида, являющиеся постоянными обитателями кожи и слизистых оболочек здорового человека.

Пути заражения. Кандиды могут вызвать заболевание только при определенных условиях (ослабление иммунитета, сахарный диабет, прием больших доз антибиотиков, беременность). Таким образом, при кандидозе не обязателен половой путь передачи, однако, имея это заболевание, можно передать его половому партнеру.

Инкубационный период: от 4 дней до 2 месяцев, чаще 2–3 недели. У женщин заболевание проявляется мучительным зудом и/или жжением в области половых органов, обильными белесоватыми выделениями творожистого характера, покраснением и раздражением наружных половых органов и входа во влагалище. У мужчин отмечается покраснение и отек головки полового члена и крайней плоти, белесоватые налеты на головке полового члена. Без лечения заболевание принимает длительное течение. Иногда кандидоз может протекать упорно, с рецидивами, поэтому требуются повторные курсы лечения. Необходимо устранить факторы, способствующие развитию кандидоза, применять средства, стимулирующие иммунную систему и повышающие общую сопротивляемость организма. Лечение полового партнера не является обязательным и проводится при наличии у него клинических проявлений заболевания.

Бактериальный вагиноз

Заболевание наблюдается только у женщин. Возбудителями является целый ряд микроорганизмов (гарднерелла, мобилункус, уреаплазма, анаэробные бактерии, кокки).

Не все специалисты считают бактериальный вагиноз заболеванием, передающимся при половых контактах. Некоторые расценивают его как следствие дисбактериоза — изменения микрофлоры влагалища. Однако оно чаще возникает при смене полового партнера. Бактериальный вагиноз не является безобидным заболеванием. Доказано, что у женщин, страдающих бактериальным вагинозом, чаще возникают отклонения в протекании беременности, дети рождаются недоношенными или с низким весом, при родах встречаются различные осложнения.

Признаком бактериального вагиноза у женщин являются выделения из половых путей, как правило, не сопровождающиеся зудом. Выделения беловатые или сероватые, густые, с характерным неприятным «рыбным» запахом. Партнер часто может быть внешне здоровым и не ощущать какого-либо дискомфорта. Установление диагноза основано на сочетании клинических признаков заболевания и лабораторных исследований. Лечение половых партнеров необязательно.

Аногенитальный герпес

Возбудитель: вирус простого герпеса второго или, реже, первого типа (ВПГ-2 и ВПГ-1). Пути заражения: преимущественно половой (все виды половых контактов), трансплацентарный — от матери к ребенку во время беременности, возможно инфицирование во время родов, иногда встречается бытовой путь.

ВПГ-1 чаще имеет неполовой путь передачи, обнаруживается более чем у 90% людей, но только у 20% из них проявляет себя клинически (герпес на губах и, реже, на половых органах). ВПГ-2 поражено около 15–20% населения, проявляется заболевание примерно у 5%. Однажды попав в организм человека, вирус уже не покидает его, локализуясь в нервных сплетениях (ганглиях), периодически дает рецидивы при ослаблении иммунологической защиты (переохлаждение, перегревание, физическое переутомление, стресс, менструальный период, прием алкоголя).

Инкубационный период при первичном заражении обычно составляет 1–2 недели. Частота рецидивов зависит от состояния иммунитета. На фоне отека и покраснения возникают сгруппированные мелкие пузырьки в области головки полового члена и крайней плоти у мужчин, у женщин — в области больших и малых половых губ, слизистой оболочки влагалища и шейки матки, кожи паховых складок, промежности, ягодиц, вскрывающиеся с образованием болезненных язвочек.

Лечение герпеса включает общую противовирусную терапию, местные противовирусные средства (мази), направлено на повышение иммунитета, чтобы сделать рецидивы по возможности более редкими. Последствия болезни — невротические расстройства, дисгармония половой жизни и супружеских отношений, невынашивание беременности, герпетическая инфекция новорожденных, не исключена возможность развития рака половых органов.

Аногенитальные бородавки (кондиломы)

Возбудитель: вирус папилломы человека (ВПЧ).

Пути заражения: преимущественно половой.

Проявлениями заболевания являются разрастания бледно-розового цвета в области половых органов, ануса, иногда сопровождающиеся зудом и жжением — вначале в виде плоских узелков, затем по мере роста напоминающие цветную капусту. Доказана онкогенность ВПЧ, т. е. способность вируса вызывать со временем злокачественное перерождение клеток.

Консультирование подростков по вопросу «Как защитить себя от ИППП?»

Для того чтобы избежать инфекций, передаваемых половым путем, нужны, во-первых, знания, во-вторых, умения и навыки, в-третьих, высокий уровень личной мотивированности, то есть прочная внутренняя установка, направленная на систематическое использование средств индивидуальной профилактики ИППП.

Прежде всего, это барьерные противозачаточные средства (презерватив). Многие подростки ошибочно думают, что все противозачаточные средства предохраняют от ИППП, но это не так.

Гормональные оральные контрацептивы и внутриматочные средства не защищают женщину от инфекций. Спирали, наоборот, способствуют распространению инфекции в полость матки.

Презерватив должен использоваться при всех видах половых контактов (вагинальный, оральный, анальный). Презервативы нужно иметь еще до того, как они могут понадобиться.

Приобретать презервативы лучше в аптеках, в этом случае можно быть уверенными в том, что не приобретено изделие с истекшим сроком годности (он должен быть обозначен на упаковке) и что правила хранения их были соблюдены.

Кроме презервативов, существует также противозачаточные средства для женщин с противовенерическим эффектом в виде влагалищных таблеток, крема, свечей, губок, содержащие антисептическое средство.

При незащищенном половом контакте необходимо обратиться в пункт экстренной противовенерической профилактики (обычно при приемных отделениях кожно-венерологических диспансеров), где помощь оказывают бесплатно, анонимно и круглосуточно.

Однако необходимо помнить, что экстренная противовенерическая профилактика эффективна только в том случае, если применялась не позднее 2 часов после половой связи, лучше — в первый час после нее.

Экстренная противовенерическая профилактика заключается в обработке кожи и слизистых оболочек половых органов одним из специальных дезинфицирующих растворов (хлоргексидина биглюконат 0,05% (гибитан), мирамистин 0,01%, цидипол). Эти растворы можно применять и самостоятельно, они имеются в продаже в аптеках в пластмассовых флаконах с нако-

нечником, что позволяет проводить обработку мочеиспускательного канала или спринцевание влагалищ, и снабжены подробной инструкцией по применению.

Если экстренная противовенерическая профилактика не проведена, в крайнем случае можно предпринять следующее: необходимо помочиться, принять душ, тщательно вымыть хозяйственным либо антибактериальным мылом руки, лицо, половые органы, низ живота, внутреннюю поверхность бедер. После этого немедленно обработать половые органы 0,5%-ным раствором перманганата калия (1 чайная ложка на 1 л воды).

Нельзя в качестве средства профилактики ИППП принимать внутрь антибиотики или другие лекарственные препараты, это приведет к нарушению естественной флоры организма и может вызвать тяжелую молочницу, но заражения, особенно сифилисом, не предотвратит.

Подросток должен знать, что, употребляя наркотики или вступая в незащищенную половую связь с человеком, употребляющим наркотики путем внутривенных инъекций, он рискует заразиться ВИЧ, а также гепатитами В и С.

Необходимо знать о том, что хотя презерватив и является достаточно надежной защитой против большинства ИППП, сифилисом можно заразиться, несмотря на его использование, потому что заразные высыпания могут быть и на тех участках тела, которые презерватив не закрывает. Если язвы или эрозии имеются в полости рта или на губах, заражение возможно даже при поцелуях. Кроме того, презерватив может соскользнуть или порваться. Поэтому при малейшем сомнении не нужно пренебрегать обследованием, тем более что сейчас существуют возможности сделать это и анонимно (без предъявления документов, удостоверяющих личность). Не следует откладывать визит к врачу (это может быть дерматовенеролог, гинеколог или уролог). Не стоит заниматься самолечением, так как симптомы многих ИППП схожи, но лечатся они по-разному. Точный диагноз ставится не только на основании внешнего осмотра, но и обязательно подтверждается для выявления возбудителя заболевания с помощью лабораторного исследования. Таким же образом подтверждается и излечение от заболевания.

Довольно часто венерические инфекции бывают сочетанными (когда одновременно происходит заражение двумя или тремя ИППП), и, конечно, лечить такие случаи сложнее. Самолечение или лечение по чьему-либо совету, как правило, не теми препаратами или неверными дозами, «вслепую», без лабораторного контроля, вместо пользы принесет вред, так как недолеченные ИППП переходят в хроническую форму, теряется драгоценное время, развиваются осложнения, лечить которые гораздо труднее. Ни в коем случае нельзя забывать о лечении партнера (даже если при обследовании ИППП у него не обнаружено).

Врач должен подробно рассказать пациенту о выявленном заболевании, выяснить все интересующие подростка вопросы, провести беседу о предупреждении ИППП и безопасном половом поведении.

Любой пациент, обратившийся в медицинское учреждение, имеет право на:

- уважение и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам;
- конфиденциальность, т. е. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании, в соответствии с действующим законодательством.

Вопросы, наиболее часто задаваемые подростками по ИППП

1. Кто больше подвержен венерическим болезням?

Венерическими болезнями чаще болеют люди, склонные к частой смене половых партнеров и не использующие средства защиты (презервативы) при половых контактах.

2. Какая разница между венерическими болезнями и ИППП?

К венерическим болезням относят сифилис, гонорею, а также заболевания, встречающиеся в странах тропического климата (шанкроид, паховая гранулема, хламидийная лимфогранулема), которые в качестве основного имеют половой путь передачи. Инфекции, передаваемые половым путем, — более широкое понятие, включающее, наряду с вышеупомянутыми, и ряд

других заболеваний бактериальной, вирусной, паразитарной, грибковой природы, всего около 30 болезней, в том числе и СПИД.

3. Как определить у себя ИППП?

ИППП можно определить только после осмотра врача и лабораторного обследования, которое подтверждает диагноз. Отсутствие симптомов заболевания еще не исключает ИППП.

4. Как узнать, что болен партнер?

Признаки ИППП следующие: гнойные или мутно-слизистые выделения из половых путей, зуд в области половых органов, язвочки или эрозии на половых органах, слизистой оболочке полости рта, учащенное болезненное мочеиспускание, сыпь на теле, увеличение лимфоузлов. Однако отсутствие симптомов заболевания еще не говорит о том, что партнер здоров, так как многие ИППП могут протекать малосимптомно или вовсе бессимптомно.

5. Какие бывают ИППП?

Все ИППП вызываются различными микроорганизмами, поэтому существуют бактериальные ИППП (сифилис, гонорея, бактериальный вагиноз), ИППП, вызываемые внутриклеточными возбудителями (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз), вирусные ИППП (ВИЧ-инфекция, герпес половых органов, цитомегаловирусная инфекция, контагиозный моллюск, аногенитальные бородавки), паразитарные (лобковый педикулез), грибковые (кандидоз).

6. Какой процент населения болеет ИППП?

ИППП распространены довольно широко. Эксперты Всемирной организации здравоохранения подсчитали, что на земном шаре каждый шестой житель болен каким-либо из заболеваний, передаваемых половым путем. Тем не менее, есть группы людей, где заболеваемость ИППП гораздо выше, чем в среднем среди населения (мужчины, имеющие секс с мужчинами, женщины, вовлеченные в секс-бизнес, наркопотребители и т. д.). Уровень ИППП среди молодежи также гораздо выше, чем в популяции в целом.

7. Куда нужно обращаться, чтобы провериться на ИППП?

Можно обращаться в кожно-венерологические диспансеры или кабинеты, к врачам- гинекологам или урологам. В кожвендиспансерах существуют также кабинеты анонимного обследования на ИППП.

8. Зачем нужно лечиться вместе с партнером, если его ничего не беспокоит?

Заболевание может протекать в стертой, скрытой форме, при этом человека ничего не беспокоит, и он чувствует себя здоровым. Более того, в таких случаях даже однократное лабораторное обследование может не выявить возбудителя. Тем не менее, такие люди являются источниками инфекции для своих половых партнеров, и если они не лечились вместе с половым партнером, то могут повторно инфицировать его.

9. Если заболел венерической болезнью — сообщают ли на учебу или на работу, родителям?

В том случае, если человек заболел венерическим заболеванием (сифилисом и гонореей), то ни по месту учебы, ни по месту работы эта информация не сообщается. Однако заболевшие сифилисом или гонореей должны отстраняться от работы в детских коллективах до выздоровления. Если венерической болезнью заболел несовершеннолетний подросток, то родители должны быть поставлены об этом в известность. Если речь идет о заболевании сифилисом, то члены семьи, проживающие в одной квартире с заболевшим, должны получить предупредительное лечение.

10. Как защитить себя от ИППП, если нет презерватива, хотя бы частично?

Таких ситуаций лучше не допускать. Однако даже при использовании презерватива он может соскользнуть или порваться. В этом случае сразу после случившегося необходимо провести гигиенические мероприятия и обработку кожи и слизистых оболочек дезинфицирующими растворами (хлоргексидин, мирамистин, цидипол). Противовенерическим эффектом обладают также противозачаточные средства для женщин нового поколения (Фарматекс и др.), содержащие антисептическое средство, в виде влагалищных таблеток, свечей и крема.

11. Можно ли иметь детей, если переболел сифилисом; если можно, то когда?

Можно беременеть и иметь детей после снятия с учета. Если женщина еще находится на учете по поводу сифилиса, то во время беременности ей проводится профилактическое лечение с целью предупреждения сифилиса у новорожденного.

12. Почему после ИППП часто наступает бесплодие?

Воспалительные процессы в маточных трубах приводят к их непроходимости, в результате чего яйцеклетка не может попасть в полость матки, что необходимо для процесса оплодотворения. При воспалении слизистой оболочки матки (эндометрия) уже оплодотворенная яйцеклетка не может внедриться в нее, и дальнейшее развитие беременности становится невозможным. Воспалительные процессы часто приводят к выкидышам, к внематочной беременности. У мужчин также может наступить бесплодие после перенесенных ИППП, обусловленное непроходимостью семявыводящих путей.

13. Правда ли, что после ИППП можно стать импотентом?

Да, если ИППП осложнилась воспалением предстательной железы (простатитом). Длительное, хроническое течение простатита постепенно приводит к снижению потенции.

14. Излечим ли сифилис; если да, как долго нужно его лечить?

Сифилис излечим, однако при поздних формах могут сформироваться необратимые, разрушительные процессы во внутренних органах, нервной, опорно-двигательной системе, поражаются органы чувств (зрение, слух). Поэтому сифилис должен выявляться и лечиться как можно раньше.

15. Если заболел сифилисом, обязательно нужно лежать в больнице?

В настоящее время около 70% больных сифилисом получают лечение амбулаторно, в условиях так называемого дневного стационара, когда ежедневно после всех необходимых процедур и анализов пациент не остается в больнице, а уходит домой.

16. Как можно заразиться бытовым сифилисом?

У больных сифилисом могут быть проявления заболевания на половых органах, красной кайме губ, слизистой оболочке полости рта в виде эрозий, язвочек, мокнущих высыпаний. От таких больных можно заразиться бытовым путем — при пользовании общей постелью, полотенцами, при поцелуях, при докуривании их сигареты, пользовании губной помадой, общей посудой (чашки, стаканы).

17. Что такое молочница?

Молочница (кандидоз) — заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Кандида. Свое название болезнь получила из-за выделений, которые имеют творожистый характер.

18. У моего друга (подруги) молочница. Это значит, что он (а) мне изменил (а)?

Хотя заболевание и относится к группе ИППП, оно не обязательно возникает в результате полового заражения. К кандидозу предрасположены беременные, больные сахарным диабетом, люди, получавшие лечение антибиотиками, имеющие пониженную иммунологическую реактивность. Тем не менее, как и при других ИППП, оба половых партнера должны быть обследованы и, при необходимости, лечиться параллельно.

19. Можно ли вылечиться от герпеса?

Герпес половых органов относится к группе вирусных ИППП, которые, к сожалению, на сегодняшний день являются неизлечимыми. С помощью современных высокоэффективных противовирусных препаратов можно существенно облегчить симптомы заболевания и сократить период обострения, но полностью удалить вирус из организма невозможно, так как он «дремлет» в крестцовых нервных сплетениях, периодически давая обострения под влиянием провоцирующих факторов. Кроме противовирусных препаратов необходимо использовать средства, повышающие иммунологическую реактивность организма.

20. Как часто нужно проверяться на ИППП, если нет постоянного полового партнера?

Это зависит от частоты смены половых партнеров.

21. Какие существенные отличия в предохранении от ИППП по сравнению с предохранением от ВИЧ?

Методы предупреждения ИППП и ВИЧ-инфекции одни и те же, прежде всего это использование презервативов при всех видах половых контактов и одноразовых шприцев для инъекций. Однако следует помнить о том, что при сифилисе заразные высыпания могут быть на участках, которые презерватив не закрывает (область вокруг половых органов, ануса, красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта).

22. Можно ли заразиться ИППП при оральном сексе?

При оральном сексе можно заразиться практически любым ИППП, кроме трихомониаза, так как трихомонады не выживают в ротовой полости. Поэтому при оральном сексе также необходимо использовать презервативы.

23. Существуют ли «быстрые» методы лечения ИППП?

Для больных свежим острым гонорейным уретритом существуют одномоментные схемы лечения, однако в осложненных случаях, а также при хронической или вялотекущей гонорее такого лечения недостаточно. Очень часто гонорейная инфекция сочетается с трихомонадной, хламидийной, уреаплазменной или микоплазменной. В таких случаях укороченные методы лечения не будут полноценными.

24. Почему так трудно избавиться от хламидий?

Хламидия представляет собой микроорганизм, паразитирующий внутриклеточно, кроме того, она чувствительна не ко всем антибиотикам. Лечение хламидиоза часто требует не одного, а нескольких курсов, длительность которых должна быть достаточной (при гонорее дозировки антибиотиков меньшие). Обязательным условием успешной терапии является обследование и лечение половых партнеров.

25. Можно ли во время лечения ИППП вступать в половые связи?

В половые отношения можно вступать только после окончания лечения ИППП и контрольных лабораторных обследований. Лечение не предупреждает передачу возбудителей при половых контактах.

5.4 Закрепление материала

5.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель подчеркивает актуальность проблемы ИППП и ВИЧ-инфекции, дает оценку эпидситуации в республике по ИППП и ВИЧ-инфекции, перечисляет их основные клинические проявления, останавливается на основных моментах при консультировании подростков по вопросам ИППП.

ЗАНЯТИЕ 6

ВИЧ-инфекция. СПИД

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: обобщить и закрепить знания по ВИЧ-инфекции.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- определения понятий «ВИЧ-инфекция», «СПИД», оппортунистические заболевания;
- эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции, СПИДу;
- возможные пути заражения ВИЧ-инфекцией;
- прогресс, достигнутый в изучении и лечении ВИЧ-инфекции:
- способы профилактики ВИЧ-инфекции;
- этапы и содержание консультирования при проведении тестирования на ВИЧ;

б) должны уметь:
- оказывать консультативную помощь подросткам и молодым людям по вопросам ВИЧ-инфекции.

Время: 4 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: проектор, экран;
2. Слайды.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
6.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
6.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
6.3	Изучение темы «Инфекции, передаваемые половым путем. ВИЧ-инфекция». Вопросы темы: 1. Определение понятия «ВИЧ-инфекция». 2. Пути заражения ВИЧ. 3. Эпидемическая ситуация. 4. Прогресс в лечении и изучении ВИЧ-инфекции. 5. Профилактика передачи ВИЧ. 6. Стигма и дискриминация людей, живущих с ВИЧ 7. Тестирование на ВИЧ и связанное с ним консультирование 8. Мифы о ВИЧ-инфекции в сознании подростков. 9. Вопросы, наиболее часто задаваемые подростками по ВИЧ/СПИД.	Лекция (презентация)	140 мин
6.4	Закрепление материала. (Возможно путем развенчания «мифов»)		30 мин
6.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

6.1 Организационный момент

6.2 Актуальность темы

ВИЧ-инфекция является хроническим и на сегодняшний день неизлечимым заболеванием. Пути распространения ВИЧ-инфекции предполагают возможность заражения любого человека и в том числе подростка. Знание эпидемиологии ВИЧ-инфекции и способов ее профилактики крайне важно в условиях продолжающегося роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике Беларусь. Подростки должны быть информированы о составляющих безопасного поведения с позиции заражения ВИЧ и ИППП и мотивированы на использование средств защиты при половых контактах.

С другой стороны крайне важной является информация о достижениях в лечении этого заболевания, правовых аспектах тестирования на ВИЧ и консультирования. С целью формирования у подростков толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ, необходимо разъяснять несправедливость стигмы и дискриминации ВИЧ-позитивных лиц.

6.3 ВИЧ-инфекция. СПИД

Определение

ВИЧ-инфекция вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который проникает в различные клетки организма человека и в первую очередь в специфический класс клеток иммунной системы (CD4 лимфоциты), что приводит к их гибели или нарушает их функцию. Длительно развивающаяся в организме инфекция постепенно приводит к снижению способности сопротивляться инфекциям и противодействовать развитию опухолей. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) является наиболее продвинутой стадией заболевания, характеризующейся появлением особого типа инфекций и/или опухолей, называемых оппортунистическими. Оппортунистические заболевания развиваются только в случае глубокого угнетения иммунитета и практически никогда не поражают людей в отсутствие ВИЧ. Некоторые из них могут наблюдаться при приеме цитостатических лекарственных препаратов, специфически угнетающих иммунитет и применяемых для лечения опухолей или предотвращения отторжения пересаженного органа.

Пути заражения ВИЧ

Половой путь. ВИЧ передается при любых незащищенных половых контактах с инфицированным партнером (вагинальных, анальных, оральных).

Парентеральный путь. Передача инфекции может осуществляться при переливании инфицированных препаратов крови, совместном введении инъекционных наркотиков, причем не только при использовании одного шприца, но и при пользовании общими приспособлениями для изготовления наркотика и водой.

Вертикальный путь. ВИЧ может быть передан ребенку от его ВИЧ-ифицированной матери в процессе беременности, родов и грудного вскармливания.

Эпидемическая ситуация в мире и Республике Беларусь (РБ)

К 2009 году в мире насчитывалось 33,4 миллиона людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), около 2,7 млн. из них были инфицированы в 2008 году. ВИЧ — один из ведущих инфекционных киллеров в мире. На его счету уже, как минимум, 27 миллионов жизней, и каждый год инфекция уносит следующие 2 миллиона. Необходимо отметить, что в последние годы почти четверть умерших погибали, фактически, от двух заболеваний: ВИЧ-инфекции и туберкулеза. К 2009 году в мире более 2 млн. детей жили с ВИЧ и около 1200 инфицировались ежедневно.

Статистика РБ. В 2010 году число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в РБ превысило 11 тысяч человек. По оценке ВОЗ, эпидемия в нашей стране является «концентрированной», что отражает представление об относительно невысоком уровне заболеваемости и распространения инфекции преимущественно среди отдельных групп населения. Наблюдающееся снижение темпов прироста числа заболевших в последнее время вселяет надежду на стабилизацию эпидемии. Удельный вес лиц в возрасте 15–29 лет среди ЛЖВ составляет более 65%, в том числе лиц в возрасте 15–19 лет — менее 2,5%.

Хотя резкий подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией в нашей стране в 90-х годах двадцатого века был обусловлен передачей инфекции, главным образом, среди потребителей инъ-

екционных наркотиков (ПИН), с 2004 года прослеживается однозначная тенденция снижения удельного веса парентерального пути заражения. В настоящее время он составляет менее 20%, в то время как более 75% вновь выявленных случаев заболевания обусловлены половым путем заражения. Такая эпидемиологическая ситуация приводит к увеличению доли женщин среди ЛЖВ, что может привести к увеличению случаев вертикальной передачи ВИЧ. ВИЧ-инфекция унесла жизни, по меньшей мере, одной тысячи наших соотечественников, абсолютное большинство которых были молодыми людьми.

Прогресс в лечении и изучении ВИЧ-инфекции

На сегодняшний день достигнуты огромные успехи в лечении ВИЧ-инфекции. Существуют антиретровирусные препараты, комбинированное применение которых позволяет остановить размножение вируса в организме человека и восстановить, таким образом, функции иммунитета. Принятая на сегодняшний день тактика лечения предусматривает прием как минимум трех препаратов изо дня в день на протяжении всей жизни и под регулярным медицинским контролем. Такая терапия называется высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ) и позволяет ЛЖВ жить полноценной жизнью и не страдать от оппортунистических заболеваний, но все еще не позволяет излечиться от ВИЧ. Необходимо отметить также, что вероятность передачи инфекции, в том числе половым путем, на фоне эффективной ВААРТ существенно уменьшается. Справедливости ради необходимо упомянуть, что такое лечение может иногда сопровождаться тяжелыми побочными реакциями. Есть все основания предполагать, что ВААРТ со временем позволит восстановить предполагаемую продолжительность жизни ЛЖВ. Однако со временем в организме каждого пациента ВИЧ развивает устойчивость (резистентность) к используемым препаратам. Вышедший из-под контроля вирус начинает вновь размножаться, инфицируя все новые и новые клетки, что приводит к ухудшению функции иммунитета и требует назначения комбинации новых препаратов. Даже очень кратковременные перерывы в приеме противовирусных средств вызывают развитие к ним резистентности. Каждая новая смена режима терапии уменьшает последующий выбор противовирусных препаратов, и может наступить момент, когда в отношении ВИЧ каждого конкретного пациента не останется активных лекарств, после чего прогрессирующее разрушение иммунитета продолжится.

Изучение ВИЧ-инфекции в последние годы в условиях использования ВААРТ показало, что ВИЧ негативно влияет не только на иммунную систему, но прямо или опосредованно нарушает функцию центральной нервной системы, приводит к преждевременному старению человеческого организма, ускоряя развитие атеросклероза и остеопороза. ЛЖВ в 10 раз чаще болеют опухолями разной локализации по сравнению с остальной популяцией; у них чаще и в более молодом возрасте случаются инфаркты, нарушения мозгового кровообращения, переломы костей, нарушения функции почек. Таким образом, в последние 15 лет ВИЧ-инфекция перестала быть «чумой» и стала хроническим, заболеванием, лечение которого требует больших усилий самого ВИЧ-позитивного, врачей разных специальностей и всего общества в целом.

Все большее число ЛЖВ в мире и в нашей стране получают антиретровирусную терапию, однако, по имеющимся оценкам, за пределами высокоразвитых стран ВААРТ получают только 30% нуждающихся в таком лечении.

Огромные успехи достигнуты в предотвращении передачи ВИЧ от матери ребенку. Антиретровирусные препараты, применяемые в течение нескольких месяцев во время беременности, в комплексе с другими мероприятиями позволяют снизить риск вертикальной передачи с 30–40% до уровня менее 2%.

Профилактика ВИЧ-инфекции

В Республике Беларусь вся донорская кровь тестируется на антитела к ВИЧ, что делает вероятность заражения при переливании компонентов крови ничтожно малой. Таким образом, основными путями заражения каждого взрослого или подростка становятся половой путь или потребление инъекционных наркотиков.

Универсальные меры профилактики ВИЧ по рекомендациям ВОЗ:

- Воздержание от секса или следование правилам безопасного сексуального поведения, т. е. пользование презервативами.
- Тестирование на ВИЧ и ИППП и лечение от них.
- Не употребление инъекционных наркотиков или, в случае их употребления, пользование только индивидуальными и/или одноразовыми шприцами и приспособлениями для изготовления наркотиков.

Половой путь заражения ВИЧ

Половой путь передачи ВИЧ традиционно недооценивается в нашей стране. Длительное время культивировалось представление о том, что ВИЧ-инфекция поражает только ПИН и работников коммерческого секса (РКС) — так называемые «группы риска». Однако эпидемия выходит за пределы этих ограниченных сообществ людей, от которых, как круги по воде, инфекция распространяется именно половым путем в результате незащищенных половых контактов. Многие люди, живущие с ВИЧ, не подозревают, что они инфицированы. Заболевание достаточно долго, иногда до 10 лет, может протекать практически бессимптомно, не вызывая никаких опасений ни у самого ЛЖВ, ни у тех, кто его окружает. К сожалению, даже при появлении симптомов нездоровья и обращении за медицинской помощью крайне редко врачи думают об обследовании на ВИЧ, если пациент не относится к «группе риска». Вероятность заражения при разных видах половых контактов и типа партнера колеблется от сотых долей процента до 7,5% на один половой контакт с ВИЧ-положительным партнером. Трудно, правда, применить эти данные к единичному незащищенному половому контакту, но чем больше незащищенных связей осуществляются с разными половыми партнерами, тем ощутимо выше становится риск. На вероятность передачи ВИЧ значительное влияние оказывают количество вируса в крови инфицированного партнера, вида полового контакта и сопутствующих ИППП. Количество вируса в крови, так называемая вирусная нагрузка, колеблется, меняясь в тысячи раз, в разные стадии заболевания Максимальным оно бывает вскоре после инфицирования в стадию острой инфекции и по мере прогрессирования заболевания при наступлении стадии СПИДа. Сексуальная активность в стадии острой инфекции в отличие от стадии СПИД, если и страдает, то ненадолго. Более того, в этой стадии заболевания диагностика стандартным методом выявления антител к ВИЧ может давать отрицательный результат.

Вышеизложенные факты являются доказательством того утверждения, что возраст, пол, профессия, социальный статус и материальный достаток полового партнера не могут быть гарантией безопасности незащищенного секса. Защищенным в отношении заражения ВИЧ может считаться только секс с использованием презерватива, причем или мужского, или женского. Современные презервативы являются высокоэффективным средством защиты, они доступны по цене и в большом ассортименте представлены в продаже. Женские презервативы, хотя и не распространены пока в РБ, не уступают по эффективности мужским и завоевывают все большую популярность в мире. Никакие средства с местным дезинфицирующим действием или контрацептивные внутривлагалищные средства с противовенерическим эффектом не предохраняют от заражения ВИЧ.

В случае аварийной ситуации при разрыве презерватива или незащищенном половом контакте необходимо как можно скорее обратиться за экстренной противовенерической профилактикой в кожно-венерологический диспансер или гинекологический стационар. При незащищенном половом контакте с ЛЖВ или при изнасиловании, а также в ряде других случаев может быть назначена медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами на месяц, если личность и ВИЧ-статус партнера не будут установлены, или до выяснения отрицательного ВИЧ-статуса партнера. Профилактика максимально эффективна в случае ее начала в течение 24 часов после контакта. Если со времени контакта прошло более 72 часов, профилактику не назначают.

В настоящее время изучается эффективность внутривлагалищного профилактического средства, содержащего в себе антиретровирусный препарат тенофовир, разрабатываются и другие препараты с аналогичным механизмом действия. Пока такие средства еще не поступили в массовую продажу, и презерватив является единственным доказанно эффективным и рекомендованным авторитетными организациями (в том числе ВОЗ) средством защиты от заражения ВИЧ, а также от ИППП и нежелательной беременности. Совершенно неадекватным является противопоставление защиты от заражения ВИЧ и ИППП и возможного удовольствия, получаемого от секса, при использовании презерватива. Якобы защищенный секс по определению не может приводить к удовлетворению. Позиционирование презервативов как горького, но очень полезного лекарства при проведении консультирования подростков вряд ли подвигнет их к его регулярному использованию. Необходимо заинтересовывать подростка использованием презерватива. Мотивировать может информация о том, что современные презервативы в силу своей тонкости не снижают остроту ощущений, а разнообразие их форм и расцветок может вносить элемент экспериментирования в секс. Использование презерватива должно ассоциироваться при проведении консультирования с «взрослым», ответственным стилем поведения, оно является проявлением свободы выбора и способности принимать самостоятельные решения, касающиеся своей жизни и здоровья.

Тестирование на ВИЧ

В РБ каждый человек может анонимно или открыто (номинально) обследоваться на ВИЧ. Для первого этапа обследования используется метод определения антител, т. е. защитных белков крови, к ВИЧ. Сдать кровь для обследования можно в любой поликлинике или амбулатории, а также в территориальных центрах профилактики ВИЧ/СПИД, где в доступном месте должна быть размещена информация о кабинете, в котором можно сдать кровь, и часах его работы. Отрицательный результат тестирования сообщается обследуемому лицу по телефону при анонимном обследовании или выдается на бланке — при номинальном. В случае первого положительного результата исследования будет предложено повторное обследование с целью использования дополнительных методов лабораторной диагностики и исключения лабораторной или технической ошибки (например, случайного перепутывания пробирок). В случае повторного положительного результата будет установлен факт инфицирования ВИЧ. Необходимо подчеркнуть, что широко используемые методы диагностики основываются на обнаружении антител к ВИЧ, на выработку которых в количестве, достаточном для их обнаружения, уходит 2–4 недели. В ряде случаев период времени от заражения до выработки антител, период так называемого «сероконверсивного окна», может затягиваться до 3 месяцев. В связи с этим при наличии факта рискованного поведения (незащищенный секс, совместное введение наркотиков) и отрицательных результатах обследования на ВИЧ целесообразно повторить обследование через 3–6 месяцев. Всякое тестирование на ВИЧ должно предваряться предтестовым консультированием, которое содержит в себе информацию о целях и методах обследования и заканчиваться послетестовым консультированием, которое объясняет его результаты. При выявлении ВИЧ-инфекции послетестовое консультирование называется «кризисным» и должно проводиться врачом-эпидемиологом совместно с психологом. Обследование на ВИЧ, за исключением доноров, является добровольным. Скрининговому, т. е. стопроцентному, обследованию подвергаются беременные (дважды за время беременности), призывники и заключенные под стражу. Необходимо подчеркнуть, что в перечень обследований для устройства на работу или для поступления в учебное заведение тестирование на ВИЧ не входит. Врач любой специальности может инициировать обследование на ВИЧ при наличии у пациента заболеваний и состояний, которые передаются так же, как ВИЧ, или способствуют его передаче (наркомания, вирусные гепатиты В и С, ИППП), или характерны для клинически явных стадий ВИЧ-инфекции (например, оппортунистические заболевания, рано наступившая деменция, кахексия, туберкулез и т. д.).

В Республике Беларусь все исследования на ВИЧ производятся в специальных сертифицированных государственных лабораториях на базе областных и республиканского центров гигиены и эпидемиологии. Все исследования бесплатные. Обследование на ВИЧ может производиться с помощью экспресс-тестов, которые обладают большой точностью получаемых результатов. Результат экспресс-теста готов через 20-30 минут. Подобное тестирование также требует проведения предтестового и послетестового консультирования. При получении положительного результата экспресс-теста необходимо его подтверждение обычными методами для установления факта ВИЧ-инфекции.

Информация о ВИЧ-позитивном статусе является строго конфиденциальной. Она не записывается в амбулаторную карту в территориальной поликлинике. Другие граждане, в том числе родственники взрослого ЛЖВ, информируются о его ВИЧ-статусе только с его согласия, но он несет уголовную ответственность в случае умышленного заражения других лиц половым или парентеральным путем.

В РБ ЛЖВ получают те же виды и объем медицинской помощи, что и все граждане страны. По поводу ВИЧ-инфекции они наблюдаются в специализированных консультативных кабинетах или отделениях, которые располагаются на базе инфекционных стационаров или отделений. В нашей стране ЛЖВ имеют возможность получать ВААРТ и обследоваться для определения степени нарушений в иммунной системе и активности вируса; проводятся также все необходимые мероприятия по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Потребление инъекционных наркотиков

Потребление инъекционных наркотиков оказывает разнообразное разрушающее воздействие на организм человека. В узком аспекте ВИЧ-инфекции — это путь ее передачи, а также вирусных гепатитов В и С, которые усугубляют течение ВИЧ-инфекции. Передача ВИЧ в среде ПИН происходит не только при совместном введении наркотиков, но и половым путем в силу расторможенного сексуального поведения. Вероятность передачи вируса при однократном инъекционном введении наркотиков одним шприцем с ВИЧ-инфицированным составляет 30%. Все, что вступало в контакт с инфицированной кровью — шприц, игла, ложки, фильтры,

вода и т. д., — все может стать фактором заражения. ВИЧ может проникнуть в организм также при разбрызгивании крови и попадании ее на слизистые глаз и ротоглотки.

Наркопотребление — это также поведенческое расстройство, не позволяющее ПИН регулярно принимать противовирусные препараты, что приводит к развитию резистентности ВИЧ и дальнейшей передачи устойчивого к препаратам вируса, а в случае беременности — к рождению инфицированного ребенка. Наркопотребление связано с более высоким риском развития туберкулеза и гибели от него в силу не только воздействия ВИЧ, но и самих наркотиков на иммунную систему. При внутривенном введении наркотиков высок риск развития такого опасного для жизни заболевания как сепсис («заражение крови»), который у ПИН особенно часто сопровождается тяжелым поражением сердца.

При консультировании подростков необходимо нацеливать их на категорический отказ от любых проб инъекционных и каких бы то ни было других наркотиков. Если в процессе консультирования выясняется, что подросток уже пробовал наркотики, необходимо предложить ему пройти тестирование на ВИЧ и вирусные гепатиты. Если же употребление стало систематическим, следует объяснить ему целесообразность обращения в организации, оказывающие наркологическую помощь и/или осуществляющие программы по снижению вреда.

Стигма и дискриминация ЛЖВ

Нельзя обойти вниманием тот факт, что за 30 лет изучения ВИЧ так и не были получены доказательства передачи вируса от ЛЖВ при бытовых контактах. Добросовестное соблюдение универсальных требований по дезинфекции и стерилизации медицинского оборудования и соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима в лечебных учреждениях также гарантируют отсутствие передачи ВИЧ от пациента к пациенту. Тем не менее, в отношении ЛЖВ по-прежнему существуют стигматизация, а иногда и дискриминация. Подавляющее большинство людей связывают свой риск заболевания не со своим сексуальным поведением, а с эфемерным риском бытового или, в среде медицинских работников, профессионального заражения. В то же время нет ни одного доказанного случая заражения в детских коллективах от ребенка, живущего с ВИЧ, или пациента от инфицированного медицинского работника в связи с оказанием медицинской помощи, не говоря уже о контактах в быту, на работе, в спортивном зале или учебной аудитории. В нашей стране целый ряд международных организаций, а также сообщества ЛЖВ борются за соблюдение прав ВИЧ-позитивных, оказывают им помощь и поддержку.

Тестирование на ВИЧ и связанное с ним консультирование

Принципы демократического общества предполагают проведение тестирования на ВИЧ исключительно на добровольной основе и после получения информированного согласия на проведение этого исследования от лица, которое ему подвергается. Информированное согласие достигается в процессе *предтестового консультирования*, в ходе которого клиенту разъясняются цели обследования на ВИЧ, методы, которые будут применяться для выяснения ВИЧ-статуса, а также дается возможность осознать все возможные последствия получения как отрицательного, так и положительного результатов тестирования.

Консультирование и результаты тестирования должны быть строго конфиденциальными. Только с согласия клиента консультирование может быть распространено на его супруга или другого полового партнера, а при необходимости на других лиц, которые могли подвергаться риску заражения.

Консультирование может осуществляться специалистами разного профиля, не обязательно медицинскими работниками, обладающими необходимым объемом знаний и навыками консультирования. Целью консультирования является профилактика передачи ВИЧ и оказание поддержки лицам, принимающим решение по поводу тестирования на ВИЧ. Как всякое консультирование, оно должно отвечать конкретным потребностям клиента. Тестирование должно проходить в доверительной и доброжелательной обстановке, не допускающей проявление осуждения, нагнетания страха. Консультант должен быть готов обсуждать с клиентом интимные аспекты его жизни. Он должен быть способен оценить степень риска заражения ВИЧ, которому подвергается клиент, и указать на пути коррекции поведения, необходимые для снижения этого риска. Объем и продолжительность консультации могут быть различными в зависимости от информированности и потребностей клиента. В процессе консультирования могут использоваться наглядные пособия и печатная продукция.

Предтестовое консультирование	
Сценарий А	**Сценарий Б**
Тестирование по инициативе врача при состояниях, не исключающих возможность ВИЧ-инфекции и требующих изменения в лечении, или при состояниях, предполагающих обязательное тестирование (донорство, беременность и т. д.).	Тестирование по инициативе самого тестируемому.
Объясняются	
▪ цель тестирования — установление ВИЧ-статуса;	▪ цель тестирования — установление ВИЧ-статуса;
▪ причины, по которым возникла необходимость в тестировании;	▪ подробно объясняются пути передачи ВИЧ с установлением наличия факта рискованного поведения;
▪ пути передачи ВИЧ;	▪ необходимость осознать последствия возможного положительного результата тестирования;
▪ необходимость осознать последствия возможного положительного результата тестирования;	▪ ход тестирования на ВИЧ (где и когда забор крови, сроки получения результата);
▪ ход тестирования на ВИЧ (где и когда забор крови, сроки получения результата);	▪ даются ответы на задаваемые вопросы.
▪ даются ответы на задаваемые вопросы.	
Консультируемый подписывает согласие на тестирование (в возрасте 15 лет и младше необходимо согласие родителей или других законных представителей подростка).	Консультируемый подписывает согласие на тестирование (в возрасте 15 лет и младше необходимо согласие родителей или других законных представителей подростка).

Послетестовое консультирование должно предлагаться всем прошедшим тестирование. В ходе него должны быть разъяснены результаты теста и созданы условия для адаптации к тому или иному его результату.

Положительный результат тестирования на ВИЧ должен быть сообщен четко и недвусмысленно. При этом должна проявляться чуткость и осуществляться эмоциональная поддержка в принятии положительного ВИЧ-статуса. Необходимо найти пути для адаптации к новой жизненной ситуации, определить тот круг людей (родственников, друзей), который смог бы в дальнейшем оказывать поддержку ВИЧ-позитивному лицу, проинформировать об организациях, как медицинских, так и общественных, оказывающих помощь ЛЖВ. Крайне важно направить всех впервые диагностированных ВИЧ-позитивных лиц в специализированный меди-

цинский центр, где будет проведено дополнительное углубленное обследование для определения стадии ВИЧ-инфекции и решения вопроса назначения противовирусного лечения. Там же на регулярной основе будет проходить наблюдение за здоровьем ЛЖВ и осуществляться дальнейшее консультирование по всем вопросам, касающимся ВИЧ. ЛЖВ и члены их семей, а также их друзья нуждаются в консультировании на постоянной основе. Уже в ходе послетестового консультирования крайне важно обсудить вопросы предотвращения передачи ВИЧ и ответственность, которая может наступить в случае несоблюдения этих мер и заражения другого лица, а именно уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции половым путем и при парентеральном введении наркотиков.

Отрицательный результат тестирования на ВИЧ также требует послетестового консультирования. В этот момент необходимо акцентировать внимание клиента на тех мерах, которые помогут сохранить этот ВИЧ-отрицательный статус, таких, как более безопасное сексуальное поведение, лечение наркозависимости, следование правилам снижения риска, с ней связанного, и т. д. Если тестирование было связано с каким-то конкретным эпизодом рискованного поведения, необходимо информировать о том, что означает «сероконверсивное окно», и объяснить целесообразность повторного тестирования через 3–6 месяцев.

Сценарий А	Сценарий Б
Консультирование при получении отрицательного результата обследования на ВИЧ	**Консультирование при получении первого положительного результата обследования на ВИЧ (консультирование несовершеннолетних в присутствии одного из родителей или других законных представителей)**
Оглашается отрицательный результат обследования на ВИЧ, то есть факт отсутствия в крови антител к ВИЧ, что свидетельствует об отсутствии заражения.	Оглашается положительный результат обследования на ВИЧ, то есть факт обнаружения в крови антител к ВИЧ, что требует обязательного повторного обследования для подтверждения факта ВИЧ-инфекции и исключения технической и лабораторной ошибки.
Объясняется возможность отсутствия антител по причине короткого промежутка времени (чаще всего менее месяца) произошедшего с момента возможного заражения; в этом случае предлагается повторное тестирование через 3 месяца после забора крови для первого тестирования.	Выявляются составляющие рискованного поведения консультируемого, и даются рекомендации по профилактике возможной передачи ВИЧ от него другим лицам.
Выявляются составляющие рискованного поведения консультируемого, предполагающие дальнейшую возможность заражения ВИЧ и даются рекомендации по профилактике.	Объясняется, что при положительном результате повторного исследования крови тестируемый будет приглашен для консультирования врачом-эпидемиологом.
Даются ответы на вопросы.	Объясняется, что при отрицательном результате повторного исследования он придет к тому врачу или консультанту, который направлял на исследование, указываются сроки, в которые будет получен результат.
	Даются ответы на вопросы (чаще всего связанные с осознанием факта возможного ВИЧ-позитивного статуса).

Консультирование при получении отрицательного результата обследования на ВИЧ после первого положительного результата тестирования

1. оглашается отрицательный результат обследования на ВИЧ, то есть факт отсутствия в крови антител к ВИЧ при обследовании с использованием дополнительных методов, что свидетельствует об отсутствии заражения,
2. выявляются составляющие рискованного поведения консультируемого, предполагающие дальнейшую возможность заражения ВИЧ и даются рекомендации по профилактике,
3. даются ответы на вопросы

Мифы о ВИЧ-инфекции в сознании подростков

МИФ 1. ВИЧ-инфекция не поражает молодых.

ОТВЕТ. Заражение ВИЧ может произойти в любом возрасте.

МИФ 2. ВИЧ-инфекцией страдают только малообеспеченные, БОМЖи, наркоманы.

ОТВЕТ. Заражение ВИЧ обусловливает рискованное поведение человека, а не его социальный статус, уровень обеспеченности, внешний вид и т. д.

МИФ 3. ВИЧ и СПИД — это одно и то же.

ОТВЕТ. ВИЧ — это вирус иммунодефицита человека, СПИД — это синдром приобретенного иммунодефицита, т. е. стадия ВИЧ-инфекции, проявляющаяся заболеваниями и состояниями, характерными для глубокого угнетения иммунной системы.

МИФ 4. По человеку видно, является ли он ВИЧ-положительным или нет.

ОТВЕТ. ВИЧ-инфекция в течение очень длительного срока протекает без каких-либо явных симптомов. Только при далеко зашедшем угнетении иммунитета опытный врач может предположить возможность ВИЧ-инфекции, как причины проблем со здоровьем, но это предположение обязательно требует лабораторного подтверждения.

МИФ 5. Опасен только секс с проституткой. Случайная связь с другим человеком, тем более знакомым, безопасна.

ОТВЕТ. Незащищенный секс с любым партнером может привести к заражению ВИЧ, поскольку никто не может знать всех обстоятельств жизни другого человека, в том числе его сексуальных связей, экспериментов с наркотиками и т. д.

МИФ 6. Только люди с большим числом половых партнеров подвергаются риску заражения ВИЧ.

ОТВЕТ. Даже постоянный половой партнер может быть источником ВИЧ-инфекции, так как все обстоятельства его жизни не могут быть известны другим людям.

МИФ 7. Оральный секс не может привести к передаче ВИЧ и не требует защиты.

ОТВЕТ. ВИЧ содержится в сперме, таким образом, оральный секс, хотя и с меньшей вероятностью в силу меньшей травмируемости слизистых, может привести к заражению.

МИФ 8. Секс во время менструации безопасен как с позиции наступления беременности, так и по отношению к заражению ВИЧ.

ОТВЕТ. Максимальные концентрации ВИЧ содержаться в крови и риск заражения при таких половых контактах намного выше для любого из партнеров. Вероятность наступления бере-

менности также не может быть исключена у женщин с расстройством регуляции функции яичников. Ко всему прочему, такой секс предрасполагает к развитию воспалительных заболеваний матки и придатков у женщины.

МИФ 9. Донорство крови может привести к заражению ВИЧ.

ОТВЕТ. В процессе донорства происходит обязательное тестирование крови донора на ВИЧ, и таким образом может быть выявлена ВИЧ-инфекция. В местах забора крови у доноров соблюдаются требования безопасности, гарантирующие отсутствие передачи парентеральных инфекций (ВИЧ, гепатитов).

МИФ 10. Передача ВИЧ невозможна в период серконверсивного окна, так как в это время результаты обследования на ВИЧ отрицательные.

ОТВЕТ. В период сероконверсивного окна еще нет антител к ВИЧ, которые могут быть выявлены при тестировании крови, но количество вирусных частиц в крови очень велико и имеется высокая вероятность заражения при половых контактах или совместном введении наркотиков.

МИФ 11. Промывания шприца горячей водой достаточно для его дезинфекции.

ОТВЕТ. Такой способ дезинфекции недостаточен для исключения заражения ВИЧ и нисколько не влияет на риск передачи гепатитов В и С, а также на попадание в кровь бактерий, которое может привести к сепсису.

МИФ 12. Жить вместе с ВИЧ-положительным опасно.

ОТВЕТ. ВИЧ не передается при бытовых контактах, а также при контакте с кровью, содержащей ВИЧ, неповрежденной кожи, например, при оказании помощи при мелких бытовых травмах.

МИФ 13. ВИЧ может передаваться при пользовании одним и тем же сидением унитаза, при пользовании бритвой в парикмахерской, при курении одной и той же сигареты и при поцелуях, через укусы кровососущих насекомых, через посуду, полотенца, спортивный инвентарь.

ОТВЕТ. ВИЧ не передается через объекты окружающей среды. С позиции исключения передачи парентеральных инфекций (ВИЧ, гепатиты) в парикмахерских должны соблюдаться определенные правила обработки инструментария и запрещено использования любых бритв, кроме машинок или электробритв.

МИФ 14. Единственный способ узнать о своем ВИЧ-статусе — это стать донором крови.

ОТВЕТ. Обследоваться на ВИЧ можно в любом амбулаторном учреждении здравоохранения РБ — поликлинике, амбулатории, диспансере — анонимно или номинально, а также в центрах, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ и ИППП.

МИФ 15. Анализ на ВИЧ могут сделать при любом исследовании крови.

ОТВЕТ. Для обследования на ВИЧ кровь забирается из вены (кроме экспресс-тестов), обследуемый должен быть об этом проинформирован и от него должно быть получено согласие на тестирование.

МИФ 16. ВИЧ излечим, а СПИД нет.

ОТВЕТ. ВИЧ-инфекция не излечима на любой стадии, но своевременное начатое лечение значительно восстанавливает иммунитет и продлевает активную жизнь без каких-либо проявлений заболевания.

МИФ 17. Оральные контрацептивы защищают от нежелательной беременности, ВИЧ и ИППП.

ОТВЕТ. Оральные контрацептивы защищают от нежелательной беременности при условии их правильного приема, но не влияют на риск передачи ВИЧ и ИППП.

МИФ 18. Незащищенный секс с девственницей безопасен.

ОТВЕТ. Поскольку вагинальный секс — не единственный путь передачи ВИЧ, то такой незащищенный секс не может быть гарантированно безопасным

МИФ 19. Незащищенный секс со здоровой замужней женщиной безопасен.

ОТВЕТ. Внешнее здоровье и благополучие, как и семейный статус не могут быть гарантией отсутствия ВИЧ. Такой незащищенный секс опасен как и любой другой.

МИФ 20. Это нехорошо, если девушка покупает презервативы.

ОТВЕТ. Использование средств защиты демонстрирует ответственное поведение по отношении к своей жизни и здоровью.

МИФ 21. Секс с постоянным половым партнером не может привести к заражению ВИЧ.

ОТВЕТ. Только при условии, что у него никогда ранее не было других поводов для заражения ВИЧ (незащищенного секса с другими партнерами, введения наркотиков) и об этом достоверно известно.

МИФ 22. Люди с нетрадиционной сексуальной ориентацией более восприимчивы к ВИЧ.

ОТВЕТ. Восприимчивость к ВИЧ, как способность стать инфицированным, не зависит от сексуальной ориентации, а обусловливается генетическими особенностями, которые не имеют каких-либо внешних признаков.

МИФ 23. Человек, регулярно проходящий медицинские осмотры, не может быть инфицированным ВИЧ.

ОТВЕТ. Медицинское обследование в ходе диспансеризации или при приеме на работу не предусматривает обязательного обследования на ВИЧ. Таким образом, принадлежность к какой бы то ни было профессии или наличие хронических заболеваний не гарантирует ВИЧ-отрицательный статус.

6.4 Закрепление материала

Может проводиться путем «развенчания мифов» присутствующими слушателями, что эффективнее, чем озвучивание готовых ответов на вопросы, часто задаваемые по проблеме. При использовании слайдов, созданных в Microsoft Office Power Point можно использовать эффект анимации с появлением опровержения мифа на слайде, содержащем миф, после того, как участники тренинга дадут свой вариант ответа.

6.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель подчеркивает актуальность проблемы ВИЧ-инфекции, дает оценку эпидситуации в республике по ВИЧ-инфекции, акцентирует внимание на путях передачи и профилактике заражения, останавливается на основных моментах при консультировании подростков по вопросам ВИЧ-инфекции.

Вопросы, наиболее часто задаваемые подростками по ВИЧ/СПИД

1. Когда были впервые выявлены больные ВИЧ/СПИДом?

В нашей стране первые ВИЧ-инфицированные были выявлены в 1987 году. В 1996 году произошло резкое увеличение числа выявленных носителей ВИЧ.

2. Можно ли заразиться СПИДом при переливании крови?

Да, но чтобы этого не произошло, вся донорская кровь тестируется на ВИЧ, так же как и образцы органов и тканей перед пересадкой.

3. Можно ли успокоиться, если результат обследования на ВИЧ отрицательный?

Антитела к вирусу иммунодефицита человека появляются не сразу после внедрения вируса в организм, а только через 3–6 месяцев (период так называемого «окна»). Это означает, что должно пройти определенное время (не меньше трех месяцев) от момента возможного зара-

жения, прежде чем отрицательный результат будет свидетельствовать об отсутствии заражения. Отрицательный тест будет наиболее убедительным, если прошло, по крайней мере, 6 месяцев с момента возможного инфицирования.

4. Как можно узнать, болен человек СПИДом или нет?

На этот вопрос можно ответить только после получения результатов лабораторного исследования.

5. Где можно пройти обследование на ВИЧ?

Обследование на ВИЧ можно пройти в поликлиниках по месту жительства, в кожвендиспансерах, в центрах профилактики СПИДа. Обследование является бесплатным и его можно пройти анонимно.

6. Как часто передается ВИЧ от беременной женщины ее ребенку?

Это происходит в 40–45% случаев.

7. В чем разница между ВИЧ и СПИД?

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) — возбудитель ВИЧ-инфекции, открыт в 1983 году. ВИЧ-инфекция — неизлечимое, длительно протекающее инфекционное заболевание, при котором поражается и медленно разрушается иммунная (защитная) система человека, с неизбежным смертельным исходом. Болезнь характеризуется стадийностью протекания — от бессимптомного носительства в начале заражения до клинических проявлений, тяжесть которых усиливается по мере разрушения иммунной системы и развития болезни. СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) — последний этап болезни, который сопровождается резким похуданием, длительной лихорадкой, диареей и почти полным угнетением защитных сил организма, на фоне которого развиваются множественные инфекционные заболевания и злокачественные опухоли.

8. Обязательно ли наступает заражение при половом контакте с ВИЧ-инфицированным?

При незащищенном однократном половом контакте риск заражения составляет 10%, если контакт гетеросексуальный, и 30%, если контакт гомосексуальный.

9. Какие виды половых контактов наиболее опасны для заражения ВИЧ?

Наиболее опасным является незащищенный анальный половой контакт, на втором месте по опасности инфицирования ВИЧ — незащищенный вагинальный контакт.

10. Обеспечивает ли презерватив защиту от ВИЧ-инфекции?

Степень защиты от ВИЧ-инфекции, которую обеспечивают презервативы, достаточно высока и приближается к 97%, но она зависит от того, насколько правильно и постоянно ими пользуются.

ЗАНЯТИЕ 7

Наркомания как дополнительный фактор риска, влияющий на репродуктивное здоровье

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: сформировать цельность представлений по проблеме наркомании.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- определение понятий «наркотики», «наркомания»;
- проблему наркомании в республике;
- основные группы наркотических веществ;
- критерии наркотических веществ;
- основные факторы, способствующие развитию наркомании;
- стадии формирования зависимости;
- виды наркотиков, их краткую характеристику;
- неспецифические и специфические признаки употребления наркотиков;

б) должны уметь:
- оказывать подросткам и молодым людям консультативную помощь по вопросам наркомании.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
7.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
7.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
7.3	Изучение темы «Наркомания как дополнительный фактор риска, влияющий на репродуктивное здоровье». Вопросы темы: 1. Проблема наркомании: медицинские и социальные аспекты. 2. Определение понятий «наркотики», «наркомания». 3. Стадии формирования зависимости. 4. Виды наркотиков. 5. Неспецифические и специфические признаки употребления наркотиков. 6. Лечение наркозависимости. 7. Консультирование родителей по вопросам наркомании. 8. Вопросы, наиболее часто задаваемые подростками при консультировании.	Лекция (презентация)	75 мин
7.4	Закрепление материала.		5 мин
7.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

7.1 Организационный момент

7.2 Актуальность темы

В нашей республике ежегодно отмечается увеличение числа подростков и молодых людей, употребляющих наркотики. Наркопотребители являются группой риска по ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам и инфекциям, передаваемым половым путем. Одной из основных причин заражения ВИЧ-инфекцией остается инъекционное введение наркотических веществ. Наркомания является не только медицинской, но и социальной проблемой и требует комплексного решения со стороны различных структур и ведомств. Корни распространения болезни лежат не только в медико-биологической и физиологической сферах, они порождены и социальными факторами, средой обитания молодого человека, связаны с его образом жизни, его нравственными и моральными ценностями, личной культурой, отношением к собственному здоровью.

Решение проблемы наркомании во многом зависит от обучения молодежи здоровому образу жизни. Предоставление достоверной и полной информации о наркомании и ее влиянии на здоровье побуждает молодых людей перестраивать свое поведение, вести себя ответственно.

7.3 Наркомания как дополнительный фактор риска, влияющий на репродуктивное здоровье.

Проблема наркомании: медицинские и социальные аспекты.

Потребление наркотических средств формирует во всем мире проблему, носящую ярко выраженный социальный характер.

Это обусловлено следующими факторами:

- в основе зависимости от наркотиков лежит немедицинское потребление наркотиков;
- источником получения наркотиков является нелегальный оборот наркотиков, запрещенный и преследуемый в уголовном порядке в подавляющем большинстве стран мира;
- высокой степенью криминализации незаконного оборота наркотиков и всех процессов, происходящих вокруг него;
- проблемами борьбы с изготовлением и сбытом наркотических веществ, требующими высоких капитальных вложений и больших усилий государства;
- высокий уровень ВИЧ-инфицированности в среде наркопотребителей;
- решение проблемы наркомании требует межгосударственных, межведомственных и мультидисциплинарных подходов.

Рост абсолютных чисел учтенных наркопотребителей в Республике Беларусь показывает актуальность проблемы наркомании для нашего общества.

Под наблюдением с диагнозом «синдром зависимости от наркотических веществ» состояло:

Годы	Количество человек
2005	6145
2006	6427
2007	6873
2008	7373
2009	8058
За 8 месяцев 2010	8549

С диагнозом «токсикомания» на учете состояло:

Годы	Количество человек
2005	593
2006	572
2007	534
2008	473
2009	414
За 8 месяцев 2010	424

- По данным на конец 2007 г., из лиц, состоящих на диспансерном наркологическом учете — 80,8% составляли мужчины, 19,2% — женщины.
- В 2007 г. из общего числа потребителей наркотиков большинство были в возрасте до 25 лет — 60,8%.
- На конец 2007 г. большинство потребителей наркотиков составляли нигде не работающие люди — 72,7%. Учащиеся средних школ и средних профессионально-технических училищ составили 14,8%. Студенты вузов — 3,1%.

  По уровню образования потребители наркотиков расположены следующим образом:

базовое	27,4%
среднее	43,3%
среднее специальное	23,1%
незаконченное высшее	1,7%

- По семейному положению в среде наркопотребителей превалируют не состоящие в браке и разведенные — 78%.

Подавляющее большинство потребителей наркотиков используют опиаты — до 80%. Психостимуляторами злоупотребляют 3,6% наркопотребителей, снотворными и седативными препаратами — 3%, галлюциногенами — 1,2%.

Наркотизация населения тесно связана с увеличением роста преступности. За последние десять лет в республике число преступлений, связанных с наркотиками, резко возросло. Наиболее распространено незаконное изготовление наркотических средств без цели сбыта. Вторым по распространенности преступлением является незаконное изготовление наркотических средств с целью сбыта. Все большее место в числе преступлений наркоманов занимают содержание притонов для изготовления и потребления наркотических веществ, совершение краж, грабежей и разбоев с целью получения денег для приобретения наркотиков. Число этих преступлений ежегодно увеличивается.

Определение понятия «наркотики», «наркомания»

Наркотики — довольно обширная группа веществ, объединяемых общим свойством: воздействуя на клетки головного мозга человека, они изменяют передачу сигналов между нейронами. Следствием этого являются необычные психофизиологические ощущения: эйфория, чувство покоя и расслабления, вытеснение проблем из жизненной сферы, экстаз, физическая легкость, чувство необычно высоких способностей, снижение болевой чувствительности и другие. Именно эти ощущения подталкивают подростка к дальнейшему употреблению наркотика, что, в свою очередь, вызывает физическую зависимость, связанную с изменениями на клеточном и биохимическом уровне.

Таким образом, **наркотики** — группа веществ различной природы (растительные, полусинтетические, синтетические), оказывающих специфическое (стимулирующее, возбуждающее, угнетающее, седативное, галлюциногенное и др.) воздействие на центральную нервную систему, систематическое употребление которых приводит к зависимости (наркомании).

Наркомания — это комплекс психической и физической зависимости, связанный с употреблением наркотика.

Критерии наркотических веществ:

- способность вызывать эйфорию (приподнятое настроение) или приятные субъективные переживания;
- способность вызывать зависимость (психическую и/или физическую) — т. е. желание снова и снова использовать наркотик;
- причинение существенного вреда психическому и/или физическому здоровью человека, регулярно употребляющего их;
- возможность широкого распространения этих веществ среди населения;
- потребление данного вещества не должно быть традиционным среди населения (иначе в первую очередь необходимо было бы отнести к наркотикам табак и алкоголь).

В настоящее время вместо термина «наркотики» чаще используется более широкое понятие — **психоактивные вещества** (ПАВ). К ним относятся все вещества, способные даже при однократном применении вызвать субъективно приятные переживания и в последующем психическую и/или физическую зависимость.

Причины и факторы, способствующие развитию наркомании:	
1. Социальные:	▪ неблагополучная либо дисфункциональная семья (алкоголизм или наркомания родителей, низкий материальный уровень, неполная семья, отсутствие эмоционального контакта, неудовлетворительное общение между родителями и детьми, травмирующие переживания в результате эмоционального либо физического насилия);
	▪ широкое распространение злоупотребления психоактивными веществами в данной местности;
	▪ активная пропаганда в средствах массовой информации (СМИ) направлений молодежной субкультуры, связанных с употреблением наркотиков и токсических веществ (клубная культура, некоторые стили музыки (рейв, «кислотные направления», джангл), завуалированная пропаганда легализации наркотиков, проводимая отдельными СМИ;
	▪ неадекватная молодежная политика, отсутствие реальных программ досуга, занятости несовершеннолетних;
	▪ проживание в районах с низким имущественным цензом (районы «городского дна»).
2. Конституционально-биологические:	▪ наследственная предрасположенность.
3. Традиционные:	▪ культурно обусловленное потребление психоактивных веществ в определенной местности
4. Индивидуально-психологические:	▪ стремление получить удовольствие — гедонистические мотивы;
	▪ попытка нейтрализовать отрицательные эмоциональные переживания;
	▪ стремление соответствовать поведению группы сверстников, значимой для подростка;
	▪ трудности в установлении нормальных межличностных отношений (как правило, у подростков с очень агрессивным либо очень пассивным поведением);
	▪ личностные черты (авантюризм, возбудимость, бунтарство, стремление к интенсивным ощущениям, завышенная или заниженная самооценка, неустойчивость характера);
	▪ реакции протеста («назло»), направленные против старших (родителей, педагогов);
	▪ любопытство.

Формирование зависимости

Приобщение подростка к употреблению психоактивных веществ имеет, как правило, несколько последовательных стадий.

1) **Первые пробы**. Приобщение к наркотикам возможно «во дворе» или в учебном заведении из любопытства, стремления стать как все, при определенном стечении обстоятельств.

2) **Групповая зависимость**. Она формируется по механизму условного рефлекса: прием вещества в определенных условиях или в определенной знакомой компании. Вне указанных рамок желания к употреблению психоактивных средств подросток не испытывает.

3) **Психическая зависимость**. Появление потребности принимать психоактивное вещество, чтобы вновь и вновь испытывать приятные ощущения.

4) **Патологическое (неодолимое) влечение к наркотику**. Состояние, проявляющееся неудержимым побуждением к немедленному — во что бы то ни стало — введению в организм психоактивного вещества. Может выступать как крайнее проявление зависимости.

5) **Физическая зависимость**. Включение химических соединений, входящих в состав наркотика, в обмен веществ организма. В случае резкого прекращения приема препаратов могут наступить расстройства, определяемые как **синдром отмены**, причиняющий подростку выраженные страдания, в том числе физические расстройства, эмоции тоски, тревоги, злобности и агрессии на окружающих и самоагрессии, вплоть до попыток самоубийства (суицидальные попытки).

6) **Повышение толерантности** (чувствительности) к наркотику — состояние организма, когда отмечается все менее выраженная ожидаемая реакция организма на определенную дозу вводимого препарата. В этой стадии происходит привыкание к наркотику, в результате чего необходимая доза возрастает в 10–100 раз по сравнению с первоначальной. Соответственно, увеличивается токсическое, разрушительное действие препарата на организм.

Виды наркотиков

А. Препараты конопли

К этим препаратам относятся:

1. *Марихуана* — высушенная или невысушенная зеленая травянистая часть конопли. Обычно это светлые зеленовато-коричневые мелко размолотые сушеные листья и стебли, похожие на табак, они бывают плотно спрессованы в комочки и тогда называются «анаша» или «план».

2. *Анаша, гашиш, план* — прессованная смесь смолы, пыльцы и сильно измельченных верхушек конопли. Темно-коричневая плотная субстанция, по консистенции напоминающая пластилин (но менее пластичная), на бумаге оставляет жирные пятна.

3. *Гашишное масло* — средство, получаемое из частей растения конопли путем извлечения действующего вещества различными растворителями или жирами. Может встречаться в виде раствора или вязкой массы.

Б. Опиоиды

Опиоиды (кустарного изготовления и синтетические) занимают второе место по распространенности после производных конопли. Могут встречаться в необработанном виде:

1. *Маковая соломка* — мелко размолотые (иногда до состояния пыли) коричневато-желтые сухие части растений: листьев, стеблей и коробочек (за исключением семян).

2. В последнее время все чаще регистрируются случаи кустарного изготовления *инъекционного наркотика из семян пищевого мака* (так называемые «семки», «бубки»), выращенного в домашних условиях или приобретенного в торговой сети.

3. *Ханка* — застывший темно-коричневый сок маковых коробочек (он же опий-сырец), сформированный в лепешки 1–1,5 см в поперечнике.

4. *«Бинты» или «марля»* — пропитанная опием-сырцом хлопчатобумажная ткань, плотная и ломкая на ощупь, становится коричневой, если до пропитки имела светлый цвет.

5. *Героин и метадон* — синтетические наркотики. Как правило, производятся в подпольных лабораториях. Белый, сероватый или коричневатый порошок в виде мельчайших кристалликов,

на ощупь напоминает питьевую соду. Обычно горький, если разведен сахарной пудрой — со сладким привкусом.

Все необработанные опиатные наркотики из растительного сырья имеют легкий вяжущий эффект при попадании на язык. Содержат алкалоиды опиатного ряда — морфин, кодеин и некоторые другие.

В обработанном виде выглядят как растворы:

1) в случае кустарного изготовления из растительного сырья — коричневый раствор, похожий на более или менее крепко заваренный чай, с отчетливым, иногда резким запахом уксуса. Когда отстоится, становится светлее и прозрачнее, дает осадок в виде мелких темных частиц. Это называется «черный раствор» или «черное», «черняшка»;

2) опиаты аптечного происхождения представляют собой прозрачный раствор в ампулах и флаконах. Флаконы могут быть сделаны из темного стекла и имеют маркировку «морфин гидрохлорид».

Кодеин является природным алкалоидом опия и может быть получен из морфина, а также образуется в ходе биотрансформации морфина в печени. В организме в ходе реакции около 10% кодеина превращается в морфин, что и обусловливает фармакологические эффекты кодеина и его наркогенный потенциал. Кодеин входит в состав таблеток от кашля (кодтерпин, терпинкод, коделак) и головной боли (пенталгин, спазмовералгин, солпадеин).

Метадон — синтетический наркотик опиатной группы; производство и любое использование его в нашей республике запрещено законом. С клинической точки зрения зависимость от метадона мало отличается от героиновой или опиоидной зависимости.

Опиаты обычно используют инъекционно (внутривенно). Растительное сырье предварительно обрабатывают химическими веществами — органическими растворителями (№ 646, 649, 650) и ангидридом уксусной кислоты, порошкообразные наркотики просто разводят. Редко «соломку» заваривают в виде чая или глотают «ханку» сухой. Часть наркопотребителей вдыхают порошок героина через нос либо употребляют путем курения.

Также в последнее время отмечены многочисленные случаи немедицинского применения препарата ***трамадол (трамал)***, который в медицине используется как анальгетик для купирования болей малой и средней интенсивности. Трамадол вызывает типичные для опиоидов фармакологические эффекты: анальгезию, снотворно-седативное действие и эйфорию. Некоторые наркопотребители предпринимают самостоятельные попытки преодолеть зависимость от других опиоидов путем замены их на трамадол, что быстро приводит к формированию вторичной зависимости от него. Известны также случаи первичной зависимости от трамадола. Отмена трамадола у зависимых лиц приводит к развитию типичных абстинентных проявлений опиоидного абстинентного синдрома («ломки»). Трамадол занимает 6-е место в списке ВОЗ, состоящем из всех лекарственных средств, среди побочных эффектов которых отмечена способность вызывать зависимость.

В. Психостимуляторы

Психостимуляторы — довольно разнородная группа веществ, имеющая один объединительный признак: в результате их употребления ускоряется темп мышления (при этом суждения становятся легковесными, поверхностными, менее обдуманными). Часть препаратов этой группы имеет также способность искажать восприятие окружающего, поэтому граничит с галлюциногенами. Существуют психостимуляторы растительного происхождения (кока, эфедра, кола), однако у нас они встречаются в основном в виде химических субстанций (порошков) или таблеток. Психостимуляторы часто продают на дискотеках и в ночных клубах.

1. *Эфедрин* — белый порошок с горьким вкусом, кристаллики которого имеют продолговатую форму. Выпускается также в виде раствора в ампулах с маркировкой «эфедрин». Эфедрин содержится в препаратах солутан, бронхолитин, спазмовералгин, теофедрин, в мази сунореф.

2. *Эфедрон, первитин* — производные эфедрина. В чистом виде у нас не встречаются. Обычно изготавливаются самими наркопотребителями непосредственно перед употреблением из эфедрина или препаратов, в состав которых он входит, с помощью марганцовки, йода, уксусной кислоты, красного фосфора. В этом случае имеют вид прозрачного раствора (жаргонное название «белое», «белый раствор») с запахом уксуса. Вводят внутривенно. Псевдоэфедрин входит в состав некоторых патентованных средств от насморка (контак) и анорексигенных препаратов (фервекс), в принципе, возможно его извлечение из них.

3. *Фенамин* (отечественное название) или *амфетамин* (международное название) — препарат, выпускается как в виде таблеток, так и в виде порошка, может быть расфасован в капсулы. Употребляют его внутрь и внутривенно (последнее рискованнее). Вид и цвет таблеток и капсул разнообразные. Амфетаминоподобные вещества могут входить в состав препаратов, снижающих аппетит и использующихся для похудания.

4. *Экстази, XTC* — группа производных амфетамина (метилендиоксиметамфетамин МДМА, метоксиметилендиоксиметамфетамин ММДМА и другие, еще длиннее и вычурнее), для которых с рекламными целями придумано влекущее имя «экстази». Встречаются в виде разноцветных таблеток разнообразной формы с самой различной маркировкой. Употребляют их только внутрь и, как правило, на дискотеках и в ночных клубах.

5. *Кокаин* — белый кристаллический порошок, по виду похожий на питьевую соду. Обычно размешан с сахарной пудрой или тальком. Попав на язык, вызывает ощущение онемения (как новокаин). Кокаин обычно вдыхают («нюхают»), иногда вводят внутривенно, предварительно разведя водой. Некоторые производные кокаина нагревают на фольге и вдыхают образовавшийся дым. Существует также паста коки, которую обычно курят в смеси с табаком.

Г. Галлюциногены

1. *LSD* (диэтиламид лизергиновой кислоты) — «кислота», встречается в виде прозрачного раствора, порошка или разноцветных марок, напоминающих почтовые (пропитанная раствором наркотика фильтрованная бумага с красочным абстрактным рисунком либо изображением героев мультфильмов). LSD обычно принимают внутрь, растворяют «марку» на языке, иногда вводят внутривенно.

2. *Грибы рода Psilotsibum.* Содержат *псилоцин и псилоцибин*. Собираются в конце лета. Выглядят как маленькие коричневые поганки, шляпка имеет фиолетовый оттенок. Их едят жаренными, вареными, сырыми и сухими.

3. *PCP* (он же фенциклидин). Встречается редко, обычно в виде порошка. Иногда вводят внутривенно. Фенциклидин ранее использовался в медицинской практике как средство для внутривенной анестезии, из-за побочных эффектов при выходе из наркоза был исключен из практики, в настоящее время используется лишь в ветеринарии.

Эффекты галлюциногенов

Галлюциногены воздействуют, главным образом, на восприятие окружающего мира, искажая, в частности, восприятие формы и цвета. Восприятия становятся неестественно обостренными: звуки кажутся более гармоничными, цвета — более яркими, т. е. окружающий мир воспринимается более насыщено. Искажается работа анализаторов — у цвета появляется звук и, наоборот, у звука появляется цвет. Искажается восприятие времени и пространства. Наблюдаются расстройства схемы тела. Эти иллюзии остаются под контролем человека.

Галлюцинации возникают только при употреблении больших доз (в этом случае человек может почувствовать, что он превратился, например, в птицу, и соответственно этому может себя вести). Воздействие галлюциногенов на сознание зависит от того, как человек чувствует себя во время приема и будут ли окружающие дружелюбными и поддерживающими. Переживания будут варьировать от радостных и прекрасных видений до не дающих заснуть кошмаров, при каждом употреблении они непредсказуемы.

Галлюциногены не вызывают привыкания, не доказано, что они оказывают опасное физическое воздействие на организм, но толерантность к ним со временем возрастает. Восприятие мира искажается. Формируется психическая зависимость.

Опасности применения галлюциногенов

Серьезным осложнением опьянения LSD является так называемое «дурное путешествие» («bed trip», устрашающее продолжительное переживание), которое может привести к эмоциональному расстройству с психотической шизофреноподобной симптоматикой.
Употребление галлюциногенов может быть опасным для людей с психическими заболеваниями или явиться толчком для психотических проявлений у людей, чье состояние не было диагностировано.

Неопытные пользователи могут чувствовать спутанность и дезориентированность в течение некоторого времени после приема наркотика и могут нуждаться в том, чтобы вновь и вновь получать подтверждение, что они не сходят с ума.

Потенциальной опасностью использования галлюциногенов является появление ретроспективных переживаний, или так называемый flashbacks (обратная вспышка). Эти состояния представляют собой повторные переживания ощущения действия препарата без его приема. При этом они могут появляться через длительные промежутки времени после последнего приема препарата и могут сопровождаться депрессией и суицидальным поведением.

Специфическая опасность грибов в том, что некоторые разновидности их очень ядовиты.

При передозировке PCP существует риск смертельного исхода.

Д. Седативные средства

К веществам, угнетающим нервную систему, относятся, кроме алкоголя, снотворные и седативные средства — успокаивающие, снимающие страх, тревогу, беспокойство. Они выпускаются фармацевтической промышленностью в виде таблеток и растворов, на упаковках имеется маркировка, включающая название и состав. К наркотикам в юридическом смысле относятся снотворные препараты, которые способны быстро вызвать зависимость:

1) Производные *барбитуровой* кислоты (барбитураты) типа барбамила, фенобарбитала содержатся в таких препаратах, как веронал, барбитон, люминал, реладорм, тиопентал, секобарбитал, амитал-натрий и др.;

2) Производные *бензодиазепина* (относятся к транквилизаторам) продаются в аптеках только по рецепту врача: лоразепам, альпрозалам, нитразепам, феназепам, клоназепам, диазепам (реланиум, седуксен), элениум. Обычно употребляются внутрь либо инъекционно.

Эффекты седативных средств

Состояние опьянения сходно с алкогольным. Барбитураты угнетают центральную нервную систему, в небольших дозах обладают успокаивающим эффектом, в средних — снотворным, в больших дозах — наркотическим. Способствуют наступлению сна. Могут обусловливать состояние «расторможенности» и потерю поведенческого контроля. После пробуждения возникают вялость, разбитость, нарушение психомоторных реакций, снижение внимания. При отмене — обилие сновидений, ночные кошмары, частые пробуждения, бессонница, продолжающиеся нередко в течение нескольких недель, быстрый рост толерантности, при ежедневном употреблении через 1–3 месяца формируется физическая зависимость. Отмена при наличии физической зависимости сопровождается тяжелыми психическими страданиями и соматическими нарушениями. Возникают беспокойство, раздражительность, страх, рвота, нарушение зрения, судороги. В тяжелых случаях может наступить смерть.

Транквилизаторы устраняют страх, тревогу, беспокойство, уменьшается внутреннее напряжение, что способствует наступлению сна. При их применении могут наблюдаться такие побочные эффекты, как сонливость, головная боль, тошнота, нарушения менструального цикла, снижение полового влечения, кожные поражения. При длительном употреблении развивается психическая и физическая зависимость.

Опасности применения седативных средств

1) Быстро растет толерантность и формируются сильная физическая и психическая зависимости.

2) Отрицательно влияют на способность концентрировать внимание и быстроту реакций, что повышает риск несчастных случаев в состоянии опьянения.

3) При одномоментном отказе от употребления — тяжелый абстинентный синдром, который часто сопровождается судорожными припадками. Возможен смертельный исход (отказ от барбитуратов, бензодиазепинов необходимо осуществлять под контролем врача).

4) К барбитуратам возможны аллергические реакции (кожные поражения, желтуха, лихорадка).

5) Хроническая интоксикация барбитуратами приводит к быстрому формированию энцефалопатии (необратимой патологии головного мозга), которая сопровождается нарушениями настроения (чаще дисфория) и выраженными психическими нарушениями.

6) При передозировке (чаще преднамеренной, с целью самоубийства) существует риск смертельного исхода. Смерть наступает от остановки дыхания.

Е. Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ)

К ним относятся разнообразные растворители, клей «Момент», бензин, ацетон и др. Не будучи собственно наркотиками, они являются крайне опасными для физического и психического здоровья. Ингаляции осуществляются при помощи смоченной веществом тряпки либо натянутого на голову полиэтиленового пакета.

Ж. Насвай

В последние годы то и дело в разных городах бывшего Советского Союза встречаются сообщения о том, что подростки употребляют какое-то ранее неизвестное вещество — *насвай*. Самые большие приверженцы «легального, легкого и дешевого наркотика», в каких числится у молодежи насвай, — 13–15-летние школьники.

Название этого вещества, по-видимому, связано с тем, что раньше для его изготовления применяли растение нас. Сейчас основным компонентом являются махорка или табак. Добавляют в смесь также гашеную известь, золу различных растений, верблюжий кизяк или куриный помет, иногда масло. Большинство компонентов смеси призваны выполнять формообразующую функцию при гранулировании пылеобразных отходов табачного производства. Известь изменяет реакцию среды и способствует всасыванию никотина в кровь через слизистую оболочку ротовой полости. Этому же способствует и куриный помет, и некоторые источники утверждают, что его добавляют в смесь при отсутствии извести. Внешний вид насвая описывают по-разному. В одних случаях это зеленые шарики, в других — серовато-коричневый порошок. Есть мнение, что свежий насвай выглядит как крупные, пропитанные, зеленые зернышки, а несвежий больше похож на порошок и имеет почти черный цвет.

Надо сказать, что употребление насвая — весьма хлопотное занятие. Насвай не курят (хотя иногда продолжают использовать это слово), а «кидают» или «чикают». Насвай иногда называют жевательным табаком, но его не жуют. Насвай закладывают под нижнюю или верхнюю губу и держат там в ожидании эффекта. При закладывании его в рот стараются не допустить попадания порошка на губы, чтобы они не покрылись волдырями и язвами. Потребители подчеркивают недопустимость проглатывания обильно выделяющейся слюны. Проглоченные слюна или крупинки зелья могут вызвать тошноту, рвоту и понос. Именно рвота описывается как основной компонент воздействия насвая, особенно у начинающих потребителей. Сообщается о четырех местах применения насвая — под нижней или верхней губой, под языком и в носовой полости.

Краткосрочное воздействие

Потребители описывают следующие краткосрочные последствия потребления насвая: сильное местное жжение слизистой ротовой полости, тяжесть в голове, а позднее и во всех частях тела, апатия, резкое слюноотделение, головокружение, расслабленность мышц. При длительном потреблении перестают замечаться такие проявления, как жжение, неприятный запах и вкус этого странного зелья. Но, вероятно, именно тогда запах становится очевидным для всех окружающих. Потребители также предупреждают новичков о том, что нельзя сочетать насвай с алкоголем в силу непредсказуемости эффектов.

Долгосрочные последствия потребления насвая

1. По данным узбекских онкологов, 80% случаев рака языка, губы и других органов полости рта, а также гортани были связаны с потреблением насвая.

2. Поскольку насвай содержит экскременты животных, то, потребляя его, чрезвычайно легко заразиться разнообразными кишечными инфекциями и паразитарными заболеваниями, включая вирусный гепатит.

3. Садоводы знают, что будет с растением, если его полить неразбавленным раствором куриного помета: оно «сгорит». Врачи подтверждают: то же самое происходит в организме человека: страдают в первую очередь слизистая рта и желудочно-кишечный тракт. Длительный прием насвая может привести к язве желудка.

4. Поскольку основным действующим веществом насвая является табак, развивается та же никотиновая зависимость. Эта форма табака более вредна, чем курение сигарет, т. к. человек получает большую дозу никотина, особенно в связи с воздействием извести на слизистую оболочку ротовой полости.

5. По-видимому, в некоторые порции насвая могут добавляться иные наркотические вещества помимо табака. Таким образом, у потребителей насвая может развиться не только никотиновая зависимость, но также и зависимость от других химических веществ.

6. Насвай можно отнести к числу психотропных веществ. Его употребление подростками отражается на их психическом развитии — снижается восприятие и ухудшается память, дети становятся неуравновешенными. Потребители сообщают о проблемах с памятью, постоянном состоянии растерянности. Следствиями употребления становятся изменение личности подростка, нарушение его психики.

7. У детей употребление насвая очень быстро переходит в привычку, становится нормой. Вскоре подростку хочется уже более сильных ощущений. А если подросток покупает для себя насвай с такой же легкостью, как жевательную резинку, то нет никакой гарантии, что в ближайшем будущем он не попробует «более сильные» наркотики.

8. Потребители сообщают о разрушении зубов.

Причины гибели наркопотребителей

Наиболее частыми причинами гибели наркопотребителей являются:

- соматические заболевания (заболевания печени — хроническая печеночная недостаточность, цирроз; заболевания легких — пневмонии, туберкулез;
- заболевания сердечно-сосудистой системы — сепсис, инфекционный эндокардит и др.);
- несчастные случаи (в быту, в дорожно-транспортных происшествиях);
- передозировки и отравления некачественными наркотиками;
- СПИД и ВИЧ-ассоциированная смерть;
- суициды;
- убийства (например, «в разборках»).

Факторы, способствующие высокой смертности: высокая вовлеченность в криминальные отношения, невнимательность и легкомысленность в опьянении, несоблюдение правил гигиены и стерильности инъекций и многие другие.

Неспецифические признаки употребления наркотиков

- Интерес к деньгам, немотивированные просьбы увеличения количества «карманных» денег.
- Внезапные и регулярные перемены настроения от радости и живости к замкнутости и угрюмости.
- Необычная раздражительность и агрессивность.
- Потеря аппетита.
- Нарушения режима сна и бодрствования.
- Постепенное снижение интереса к школе, хобби, спорту, друзьям, прогулы школьных занятий.
- Увеличивающиеся доказательства лжи или другие проявления скрытности в поведении. Нарастающая скрытность ребенка часто сопровождается учащением и увеличением времени прогулок, когда ребенок уходит из дома в то время, которое раньше проводил в семье или за уроками.
- Появление новых подозрительных друзей, или поведение старых становится подозрительным. Разговоры с друзьями ведутся шепотом, непонятными фразами или в уединении.
- Необычные пятна, отметины или запахи от тела, одежды или в квартире.
- Необычные порошки, таблетки, капсулы, куски обожженной жести, фольги или ваты, иглы и шприцы.

Своевременная включенность в ситуацию взрослого важна потому, что дети и подростки живут по принципу «здесь и теперь» и не думают о будущем. Но взрослые должны помнить о том, что будущее — не абстрактная схема, содержащая в себе нормы поведения, здоровья, социальной успешности. Все предпринимаемые усилия должны быть направлены на защиту здоровья детей, а не на то, что говорят или думают в школе или соседи. В любом случае попытки оказать помощь не должны приводить к еще большим проблемам, нежели само употребление наркотиков.

Внешний вид наркопотребителя

Внешний вид употребляющих наркотики не всегда бывает отталкивающим, и даже наоборот, при первом знакомстве с наркотиками ребенок обычно попадает в круг еще не потерявших приличный облик наркопотребителей.

Наиболее общие черты наркопотребителя с большим стажем

- Длинные рукава одежды, независимо от погоды и обстановки. Часто носит головной убор с козырьком, который низко опущен на глаза, либо солнцезащитные очки, чтобы скрыть от окружающих размер зрачков.
- Неестественно узкие или широкие зрачки независимо от освещения.
- Часто — неряшливый вид, сухие волосы и кожа, следы от ожогов на коже, отекшие кисти рук.
- Невнятная, растянутая речь или нескоординированные движения при отсутствии запаха алкоголя изо рта.
- Явное стремление избегать встреч со старшими членами семьи.
- Резкость и неуважительность в ответах на вопросы.
- После его прихода в дом пропадают вещи или деньги.

Специфические признаки употребления отдельных наркотиков

Предположить употребление наркотиков можно как по признакам интоксикации, так и для некоторых веществ — по признакам синдрома отмены.

Производные конопли

Употребление препаратов из конопли в нашем регионе встречается наиболее часто. Как правило, их курят, забивая в папиросы вместе с табаком. При употреблении производных конопли в выдыхаемом воздухе отчетливо слышен специфический сладковатый запах преющих листьев.

Признаки опьянения коноплей во многом зависят от дозы и количества принятого наркотика. Обычно опьянение небольшими и средними дозами характеризуется расширением зрачков, покраснением губ и склер глаз, кожи лица. В этом состоянии наркопотребители подвижны, динамичны. Решения принимают легко и бездумно. Речь часто ускоренная, многословная, торопливая. Коноплю и ее производные обычно называют групповым наркотиком, потому что настроение одного утрированно повторяет настроение других. Если всем вокруг весело, он смеется, если грустно — плачет. Именно поэтому в группе подростков, накурившихся конопли, нередко возникает настоящая паника, если кому-то из них привидится опасность. Или это может быть безудержное веселье по какому-либо пустячному или глупому поводу. Веселье мгновенно может смениться раздражительностью или агрессией. Характерным признаком интоксикации препаратами конопли является повышенный, «зверский» аппетит. В опьянении подросток может легко за один раз съесть, например, полную кастрюлю борща или несколько буханок хлеба.

Если доза наркотика большая, лицо может быть бледным, зрачки — узкими, губы — сухими. При этом наркопотребитель довольно вял, заторможен, погружен в себя. Говорит заплетаю-

щимся языком. На вопросы отвечает с задержкой, иногда невпопад, односложно. От него может исходить отчетливый запах конопли. Движения неуклюжие и размашистые из-за того, что нарушена пространственная ориентация. Обычно в таком состоянии он стремится уединиться, чтобы никто не мешал ему и не донимал разговорами и просьбами — он все равно не в состоянии их выполнить.

После опьянения наступает следующая фаза. Она напоминает состояние после однократного опьянения алкоголем с такой же апатией, вялостью, недомоганием, иногда головокружением. Эти симптомы сопровождаются раздражительностью, вспыльчивостью, плаксивостью, капризностью. Чем больше была принятая доза, тем хуже самочувствие после опьянения. Препараты конопли очень редко вызывают физическую зависимость, она формируется только при длительном (не менее 6 месяцев) ежедневном употреблении. Такая абстиненция характеризуется напряженностью, тревогой, бессонницей. Больного мучают ознобы, холодный пот, ломота в костях. Эпизодическое употребление препаратов конопли само по себе не опасно, но свидетельствует об интересе человека к психоактивным веществам и о его круге общения.

Опиатные наркотики

Признаками опьянения наркотиками опиатной группы являются:

1) необычная сонливость в самое неподходящее время. Если оставить принявшего наркотики в покое, он начинает засыпать в любой позе и «клевать носом» (как говорят наркоманы, «рубиться»), периодически просыпаясь. Если его окликнуть, он сразу включается в разговор, как будто и не спал;

2. При этом у него замедленная речь, он растягивает слова, заводит разговор на тему, которую уже давно обсудили и забыли, несколько раз может рассказать одно и то же. Однако может быть оживленным, остроумным, легким в общении;

3. Очень добродушен, покладист, сговорчив и предупредителен;

4. Производит впечатление крайне рассеянного или задумчивого человека;

5. Может забыть о сигарете, которая горит у него в руке, и выронить ее либо обжечь руку;

6. Часто состояние опьянения сопровождается рвотой либо зудом кожи, что доставляет употребляющему субъективно приятные переживания;

7. Стремится уединиться, лучше в отдельной комнате. При этом может включить телевизор и заснуть. Иногда, наоборот, стремится быть в обществе, даже если его и не просят; навязчив и назойлив;

8. Зрачки в это время необычно узкие (так называемый «точечный» зрачок) и не расширяются в темноте, поэтому при сумеречном освещении острота зрения заметно снижается. Кожа бледная, сухая и теплая;

9. Болевая чувствительность снижена, он может обжечься о сигарету или о горячий предмет, не почувствовав боли;

10. Его тяжело до поздней ночи уложить спать в кровать с выключенным в комнате светом. Такое состояние продолжается не больше 8–12 часов, иногда длится всего 4–5 часов. Когда оно проходит, постепенно начинается синдром отмены.

Во время отмены наркопотребитель беспокоен. Он напряжен, раздражителен, нервничает. Ему необходимо найти наркотики, поэтому он уходит из дома либо начинает звонить по телефону и говорить неоконченными фразами и короткими, загадочными предложениями: «Ну, как там?», «Мне нужно», «Все готово?» и т. д. Если в это время ему задать вопросы, он вспылит и нагрубит, постарается убежать из дома.

Начинающие наркопотребители, которые еще не имеют тяжелой физической зависимости, могут переносить абстиненцию на ногах. В этом случае они могут сказать родным, что больны. И действительно, картина опиоидной абстиненции («ломки») в легкой форме напоминает ОРЗ или дисфункцию желудочно-кишечного тракта.

Появляются вялость, недомогание, озноб, сильная потливость, снижается настроение. Наркопотребители кутаются в теплые вещи, включают обогреватели, даже если дома тепло. Развивается насморк, слезятся глаза, может отмечаться постоянное чихание. Характерный признак опиоидной абстиненции — резкое расширение зрачков. Могут начаться тошнота и рвота, к которым присоединяются боли в животе, нарушения стула (стул частый, жидкий). Все это сопро-

вождается тянущими болями в суставах и мышцах. В это время наркопотребители почти не спят по ночам, хотя все время стараются лечь. Переносить такое состояние (требуется не менее 3–4 суток, пока станет немного легче) могут лишь те, кто недолго злоупотребляет наркотиками, или те, кто пользуется поддержкой и заботой родных, да и то не всегда. Поэтому обычно наркопотребитель не выдерживает — на третьи сутки болезнь внезапно проходит: значит, он принял наркотик и опять чувствует себя хорошо.

У начинающих наркопотребителей многие из расстройств, особенно более тяжелые, могут отсутствовать.

Наиболее универсальные признаки злоупотребления наркотиками опиатной группы:

1) резкие и частые изменения настроения и общей активности вне зависимости от ситуации;

2) нарушения ритма сна и бодрствования (поздно ложатся — поздно встают);

3) необъяснимо узкие зрачки.

Следует учитывать, что наркопотребители для маскировки могут закапывать в глаза вещества, расширяющие зрачок.

Лечение синдромов отмены осуществляется обычно в закрытом психиатрическом стационаре, в исключительных случаях — амбулаторно. В настоящее время снятие «ломки» не составляет особой проблемы. Психическое влечение сохраняется месяцы и годы, и поэтому все больные опийной наркоманией нуждаются в проведении психотерапии. К наркомании нужно относится как к хроническому заболеванию с обострениями и ремиссиями, т. е. так же, как к диабету, гипертонической болезни, язвенной болезни.

Любое лечение возможно только при активном желании больного. Если наркопотребитель отказывается от лечения — любые меры воздействия неэффективны. Некоторым больным необходимо время для понимания необходимости лечения.

Психостимуляторы

Во время опьянения наркопотребители необычайно оживлены, быстры в решениях и поступках. Движения порывистые, резкие. Быстро выполняют все дела, не могут ни минутки посидеть на месте. Периодически начинают куда-нибудь собираться, но могут так никуда и не уйти. Также быстро говорят и перескакивают в разговоре с одной темы на другую. С минуты на минуту меняют свои намерения, поэтому часто не доводят до конца начатое дело. У них расширенные зрачки, сухая кожа, пульс очень частый и (если это возможно проверить) повышено артериальное давление. Часто опьянение психостимуляторами сопровождается ощущением шевеления волос на голове, поэтому наркопотребители постоянно трогают голову и волосы руками.

Если у наркопотребителя есть достаточное количество денег или наркотиков, он может находиться в состоянии опьянения непрерывно в течение нескольких суток и все это время не спать. Такие состояния сами наркопотребители называют «марафоном». После того как опьянение прошло, наступают вялость, замедленность реакций, раздражительность. Настроение обычно снижено, наркопотребители тревожны, насторожены, пугаются громких звуков или негромких, если они прозвучали в тишине. У начинающих наркопотребителей этими проявлениями и ограничивается, у больных со стажем возможно развитие устрашающих галлюцинаций и бреда преследования, которые сами потребители называют «изменой». Кожа бледная, покрыта потом, движения плохо координированы, неуверенные. Пульс частый.

У наркопотребителей, злоупотребляющих эфедроном или эфедрином — самым распространенным из психостимуляторов, язык становится гладким, немного отечным, имеет ярко-малиновую окраску.

При употреблении психостимуляторов встречаются 2 вида наркотизации: циклический, по типу запоев, и постоянный с ежедневным употреблением.

Наркотический эффект экстази немного слабее, чем у эфедрона, фенамина или кокаина. Таблетки экстази довольно дорогие (т. е. много их не купишь), в силу этого картина опьянения вряд ли будет такой отчетливой, как у других психостимуляторов. Умеренные дозы обладают психостимулирующим эффектом, вызывают эйфорию и состояние, которое на сленге называется «спешка». Высокие дозы препарата вызывают галлюцинации. Потенциально опасным является широкое использование препарата молодежью на ночных рейв-дискотеках, где могут

наблюдаться смертельные случаи вследствие массивного обезвоживания и теплового удара. Зависимости от экстази обычно не возникает (описаны только единичные случаи).

Кокаин является самым мощным психостимулятором из всех известных наркотиков. При курении наркотическое вещество через альфакторные нити поступает непосредственно в головной мозг, что обеспечивает эффект, сравнимый с внутривенным введением. Вызывает сильную эйфорию, повышение умственной и физической работоспособности, повышение самооценки, усиление либидо. При употреблении высоких доз могут появляться ажитация, агрессивность, импульсивное сексуальное поведение, параноидные идеи. Кроме того, характерен такой симптом, как складывание предметов парами. Кокаин обладает выраженным кардиотоксическим эффектом, поэтому нередко острое опьянение приводит к остановке сердца. К кокаину очень быстро развивается чрезвычайно сильная психическая зависимость. При хроническом употреблении кокаина развиваются кокаиновые психозы, для которых характерен бред преследования, бред ревности, которые сопровождаются галлюцинациями. Характерен дерматозойный бред, т. е. ощущение ползания насекомых под кожей. Иногда эти ощущения настолько интенсивны, что потребители расцарапывают себе кожу иголками. Кроме того, может появляться агрессивность и даже одержимость жаждой убийств. У хронических потребителей часто бывает заложен нос и наблюдается насморк. Кроме того, часто у них появляются изъязвления и перфорация носовой перегородки. Физическая зависимость не развивается. Кокаин быстро разрушает личность наркопотребителя. Они становятся раздражительными, эгоистичными, лживыми.

Снотворные

Картина опьянения снотворными примерно одинакова и очень напоминает картину алкогольного опьянения, только запах алкоголя в этом случае не ощущается. Картина опьянения зависит от принятой дозы. При малых дозах определить ее по внешним признакам затруднительно.

Выраженное опьянение сопровождается снижением остроты восприятия окружающего мира (психиатры называют это состояние «оглушением»), преходящим угнетением мыслительных способностей и потерей морально-нравственных ориентиров. Такая потеря проявляется в разнузданном поведении, отсутствии чувства такта и навыков вежливости, поспешности и легкомысленности в принятии решения. В отличие от состояний опьянения другими наркотиками, при использовании снотворных наркопотребители зачастую агрессивны и склонны к дракам.

Зрачки обычно расширены. В отличие от алкогольного опьянения кожа, как правило, бледная. Частота пульса повышена. Координация движений резко нарушена, движения размашистые, избыточные, неуклюжие. Внимание неустойчивое, опьяневшие быстро переключаются с одной темы на другую. Речь заплетающаяся, невнятная, излишне громкая.

Описанное состояние длится от 2 до 4 часов и называется стадией возбуждения. Затем наркопотребители становятся вялыми, сонливыми и засыпают. Сон обычно тяжелый, часто с храпом, похожий на сон алкоголика. После пробуждения так же болит голова, ощущается слабость и недомогание. Настроение снижено, они раздражительны и угрюмы.

Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ)

Опьянение ЛНДВ внешне во многом напоминает опьянение алкоголем. Отличий немного, и выражаются они в следующем.

1. Обычно опьянение ЛНДВ можно подозревать у школьников 10–14 лет. (Изредка встречается «профессиональное» злоупотребление ЛНДВ у маляров, шоферов и лиц других профессий.)
2. Как правило, подростки под воздействием ЛНДВ ведут себя крайне вызывающе и шумно: громко кричат, смеются, дерутся между собой и т. д., если принятая доза была небольшой.
3. Запах алкоголя отсутствует, но иногда можно почувствовать слабый запах растворителя, ацетона или бензина — обычно от волос или от одежды.
4. При систематическом употреблении ЛНДВ не слишком близким людям становится заметно отставание употребляющего ЛНДВ в умственном развитии, замедление мышления, ухудшение успеваемости и поведения. Близкие замечают это с трудом из-за

того, что они находятся в постоянном контакте с употребляющим, а изменения происходят постепенно, не в виде скачка.

5. У систематически злоупотребляющих ЛНДВ кожа землистого оттенка, переносица несколько отечна, волосы сухие и ломкие.
6. Потенциально опасным является употребление подростками летучих растворителей в подвалах и заброшенных зданиях в связи с тем, что пользователь может задохнуться и ему никто не сможет оказать помощь.

Лечение наркозависимости

В решении этой задачи принимают участие три совершенно равноправные стороны — сам зависимый, его окружение (родители, родственники, друзья) и специалисты. В освобождении от зависимости человек проходит путь длиной в полтора — два года.

Первый этап — подготовительный — осознание необходимости лечения, принятие решения и, наконец, обращение к специалистам. Решение о начале лечения принимает сам зависимый.

Второй этап — медицинская помощь.

Если решение о начале лечения принято, далее следует говорить о нормализации физического самочувствия (детоксикации). Во время детоксикации наркозависимый выступает скорее как пассивная сторона — выполняет указания врачей, получает лекарственную терапию, проходит процедуры, цель которых очистить организм от физического присутствия наркотика и исключить его из процесса обмена веществ. За счет этого прекращаются проявления абстинентного синдрома, и пациент перестает испытывать физические страдания.

Для прохождения данного этапа есть следующие пути:

- обратиться в государственную наркологическую службу (наркологический диспансер по месту жительства). В зависимости от желания пациента и объективных условий ему предложат стационарное лечение (бесплатное, с постановкой на учет или платное, анонимное) либо амбулаторное — врач назначает препараты, которые пациент принимает будучи дома. Желательно, чтобы прием медикаментов дома сопровождался контролем со стороны близких родственников, так как наркопотребитель, боясь слишком плохого самочувствия, склонен самостоятельно превышать дозировки медикаментов, назначенных врачом, что чревато передозировками и коматозными состояниями;
- обратиться в частную клинику, предлагающую услуги по детоксикации, или к врачу-наркологу, проводящему детоксикацию на дому;
- пройти детоксикацию без медицинской помощи, самостоятельно, не принимая как наркотические вещества, так и медикаменты. У наркопотребителей этот способ называется «ломаться насухую». Как правило, это могут сделать наркопотребители с небольшим стажем употребления.

Третий этап — реабилитация.

Проводится для лиц, прошедших детоксикацию и имеющих желание прекратить дальнейший прием наркотиков. В реабилитационный процесс входит оказание психологической помощи и поддержки, восстановление утраченных навыков, социальных связей, налаживание разрушенных социальных отношений.

Для прохождения курса реабилитации есть две принципиальные возможности: пребывание в специализированном стационарном реабилитационном центре и участие в амбулаторных реабилитационных программах.

В настоящее время на территории республики функционируют множество реабилитационных центров для пациентов с зависимостями. Одни организованы на базах государственных учреждений здравоохранения, другие созданы неправительственными общественными организациями. Также существуют реабилитационные центры, созданные христианскими миссиями и коммерческие реабилитационные центры. Процесс реабилитации и реинтеграции наркопотребителя в общество занимает от 28 дней до 1 года и более. В большинстве реабилитационных центров процесс реабилитации основан на 12-шаговой программе выздоровления.

С целью решения проблем социализации и социальной адаптации наркопотребителя в республике созданы центры социального сопровождения (г. Минск, г. Могилев), что помогает

повысить качество жизни клиента, преодолеть трудности в доступе к необходимым медицинским, социальным и психологическим услугам, способствует формированию большей самостоятельности и устойчивости в решении жизненных проблем.

В республике также успешно функционируют группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ, для наркопотребителей, а также для родственников наркозависимых пациентов.

Консультирование родителей по вопросу наркомании

При малейших подозрениях родителям необходимо не стесняясь, напрямую и досконально спросить обо всех непонятных и беспокоящих поступках и словах ребенка. Сейчас слишком много наркотиков, чтобы успокаивать себя соображениями «у всех так бывает» и «могут же быть тайны у человека». Наркотики в некоторых случаях продаются даже в школах, и полностью исключить, что ребенок не вступит в контакт с ними, невозможно.

Может быть, родителям случится заметить у ребенка шприц, сушеную траву, непонятный порошок, таблетки или марки, которые не очень похожи на почтовые, следы уколов по ходу вен (особенно если их много). Нельзя слушать никаких оправданий, объяснений и уверений, что это «для уроков химии (или биологии) в школе», что «это принадлежит другу» и т. д. Необходимо отнести обнаруженные препараты или другие предметы специалисту-наркологу.

В любом случае, при возникновении подозрения о том, что ребенок употребляет наркотики, следует обратиться к врачу наркологу в наркологический диспансер или в наркологический кабинет поликлиники. Можно анонимно сделать анализ мочи на наличие в ней токсических веществ (анализ платный). Если в доме есть наркопритон, необходимо сообщить об этом в отдел по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в РОВД.

Что делать в экстренных случаях?

Если случилось худшее,и родители нашли своего ребенка вялым или без сознания, важно знать, что делать. Это может сохранить ему жизнь.

Этапы оказания первой помощи:

1. Повернуть ребенка на бок, обеспечить приток свежего воздуха, очистить дыхательные пути от слизи и рвотных масс.
2. Вызвать «скорую помощь» — 103.
3. Следить за характером дыхания до прибытия врачей.
4. При частоте дыхательных движений меньше 8–10 в минуту — искусственное дыхание «изо рта в рот», при остановке сердца — непрямой массаж сердца.
5. Обязательно собрать найденные порошки, таблетки и отдать врачу «скорой помощи».

ВОПРОСЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ПОДРОСТКАМИ ПРИ КОНСУЛЬТРОВАНИИ

1. Как наркотики влияют на здоровье человека?

• Воздействие наркотических веществ на организм проявляется в виде формирования физической и психической зависимостей и в поражении различных органов и систем организма.

При формировании физической зависимости наркотическое вещество становится необходимым участником обмена веществ человека, при этом прекращение приема данного вещества вызывает тяжелый физический дискомфорт, который сопровождается различными реакциями, такими, как беспокойство, депрессия, бессонница, озноб, судороги. Данное состояние называется абстиненция («ломка» на языке наркопотребителей).

Самым грозным осложнением употребления наркотиков и токсических средств является передозировка. В этом случае может наступить смерть от остановки дыхания, сердца или перекрытия рвотными массами дыхательных путей.

При долговременном воздействии наркотических веществ возникают проблемы, связанные с нарушением работы многих органов и систем организма, их разрушением. Внешне это выражается в нарушениях сна и аппетита, выраженной утомляемости, дрожании рук, изменении цвета кожных покровов (серый, желтоватый, коричневый), появлении угревой сыпи, фурункулеза

лов, разрушении зубов, выпадении волос. Это сопровождается различными заболеваниями внутренних органов (гастрит, бронхит, цирроз печени, нефрит, сердечная недостаточность и др.), которые могут осложняться желудочно-кишечными кровотечениями, инфарктом миокарда, кровоизлияниями в головной мозг, остановкой сердца. Высока вероятность заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и ИППП.

Также употребление наркотических веществ сопровождается изменениями и в психической сфере человека. Значительно снижаются работоспособность, память, внимание, умение думать, понимать и воспринимать новую информацию. Возникают проблемы с организацией собственной деятельности, нарушается мышление. Возникают эмоциональные нарушения — раздражительность, сниженное настроение, агрессивность, злость, чувство безнадежности, депрессия. Со временем происходят клеточные изменения в лобных отделах головного мозга, что ведет к стойкому изменению личности. Человек становится расторможенным, грубым, циничным, бесцеремонным. Теряется интерес к работе и учебе, родным и друзьям. При этом собственное состояние не подвергается критике.

2. Возникает ли зависимость после одного укола наркотика?

• Период от первого приема до стойкого привыкания к наркотику зависит от вида наркотика и индивидуальных особенностей человека, таких, как возраст, перенесенные заболевания, уровень физического и психического развития, особенности биохимических процессов в организме и др. Никто не может заранее определить для себя длительность этого периода.

Зависимость от наркотиков последовательно проходит через несколько стадий — социальную, психическую и физическую. Каждая последующая стадия не сменяет предыдущую, а добавляет к картине заболевания все новые и новые проявления. Причем физические проявления наступают в последнюю очередь.

Развитие событий зависит от того, какой наркотик употребляет человек. Иногда пристрастие развивается через полгода, чаще — через 2–3 месяца, но нередко человек становится зависимым после первой инъекции. В частности, опиоиды, включаясь в обменные процессы (например, героин), приводят к быстрому (иногда после одного-двух приемов) возникновению сильнейшей психической и физической зависимости.

Некоторые из веществ не обладают свойством вызывать физическую зависимость — непреодолимую потребность организма в получении наркотика, который уже участвует в процессе обмена веществ. В этом случае последней стадией формирования зависимости становится психическая. Воля и разум человека полностью подчинены желанию продолжать употребление наркотиков — человек полностью разрушается как личность. Широко распространено мнение о том, что если физическая зависимость не формируется, то и о серьезном вреде здоровью говорить не приходится. Это опаснейшее заблуждение — психическая зависимость ничуть не менее разрушительна, приводит к тяжелейшим депрессиям, служит причиной самоубийств, толкает людей на необдуманные поступки.

3. Как влияют наркотические вещества на потенцию и половую систему?

• Наблюдаются поражения половых органов, как у мужчин, так и у женщин, с развитием угасания полового влечения (либидо) на ранних стадиях. При длительном злоупотреблении у мужчин развивается импотенция, происходит снижение подвижности сперматозоидов с развитием бесплодия. У девушек нарушается функция яичников с развитием аменореи. Употребление наркотических веществ во время беременности чревато пороками развития либо задержкой внутриутробного развития плода, самопроизвольными прерываниями беременности, антенатальной гибелью плода, преждевременными родами, малым весом детей при рождении, а также развитием у ребенка после рождения абстинентного синдрома. Существует высокий риск инфицирования ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и ИППП.

4. Какие существуют современные методы лечения наркомании?

• В последние десятилетия человечество постоянно ищет универсальный, простой и дешевый способ лечения наркомании. Предлагаются различные системы гипноза и кодирования, хирургические методы (специальные операции на головном мозге, блокирующие центры, отвечающие за формирование зависимости), многочисленные методы медикаментозного лечения, психотерапевтические методики и реабилитационные программы. Однако действенными оказываются те методы лечения, которые ставят своей целью научить человека жить без наркотиков.

Говоря о лечении наркозависимых, можно сформулировать основную цель так: зависимого человека нужно вывести в состояние ремиссии и создать условия для того, чтобы она была пожизненной.

5. Какие бывают наркотики?

• Различают следующие наркотики:

1. **Опиаты** (опий и его производные — морфин, героин, промедол, кодеин, метадон) — наркотики, обладающие седативным, «затормаживающим» действием.
2. **Каннабиоиды** — препараты конопли — марихуана и гашиш.
3. **Амфетамины** (эфедрон, первитин, эфедрин) — наркотики, обладающие психостимулирующим, «возбуждающим» действием.
4. **Экстази** — общее название для группы синтетических наркотиков-стимуляторов.
5. **Галлюциногены** (ЛСД, псилоцибин).
6. **Кокаин.**

Токсические вещества:

1. Растворители, лаки, клеи и т. д.
2. Снотворные медицинские препараты (седуксен, реланиум, тазепам и др.).
3. Алкоголь, табак.
4. Насвай.

6. Передается ли наркомания по наследству?

• Психологи и врачи-наркологи отмечают наркоманию или алкоголизм у ближайших родственников как фактор, предрасполагающий к болезням зависимости, способствующий приобщению к наркотикам и повышающий риск развития наркомании.

7. Что такое токсикомания? Какие ее последствия?

• Токсикомания — это болезнь, которая развивается при употреблении химических веществ, которые не относятся к списку наркотиков. Это различные технические жидкости, средства бытовой химии: растворители, бензин, клей, ацетон, пятновыводители.

Состояние опьянения характеризуется возникновением галлюцинаций, неадекватным поведением, нарушением координации движений. При длительном употреблении довольно быстро развивается токсическое поражение печени, частые тяжелые пневмонии, необратимые изменения головного мозга. Изменяется характер, наблюдается отставание в психическом развитии, снижение иммунитета. Длительное употребление ведет к инвалидности.

Чаще всего токсикомания характерна для подростков младшего возраста.

8. Как определить наркопотребителя по внешнему виду?

• **Общие внешние признаки:**

- бледность кожных покровов;
- расширенные или суженные зрачки;
- покрасневшие или мутные глаза;
- невнятная, замедленная, растянутая речь;
- необычная сонливость, заторможенность, неуклюжие движения при отсутствии запаха алкоголя;
- смена настроения по непонятным причинам;
- следы от уколов, порезы, синяки, ожоги; у наркопотребителей со стажем — длинные рукава одежды независимо от погоды.

9. Правда ли, что «колеса» безопасны для здоровья?

• «Колесами» наркопотребители называют таблетированные медицинские препараты. Среди лекарственных препаратов основную роль в возникновении пристрастия играют транквилизаторы, стимуляторы, антидепрессанты, снотворные препараты, а также сочетание различных лекарственных препаратов с алкоголем. Бесконтрольный прием подобных препаратов чреват быстрым развитием привыкания и зависимости.

Очень быстро формируется зависимость от барбитуратов, при абстиненции часто возникают эпилептические припадки, быстро развивается психоорганический синдром со слабоумием. Прием транквилизаторов ведет к формированию столь же тяжелой зависимости, как и при употреблении барбитуратов.

10. Какова уголовная ответственность за хранение и употребление наркотических веществ?

• Согласно Уголовному кодексу Республики Беларусь, статье 328 «Незаконный оборот наркотических веществ, психотропных веществ и прекурсоров»:

Незаконные без цели сбыта изготовление, переработка, хранение, пересылка или перевозка названных веществ — наказываются штрафом или арестом на срок от трех до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до двух лет, или лишением свободы на срок до трех лет.

Незаконные с целью сбыта изготовление, переработка, хранение, перевозка или пересылка либо незаконный сбыт наркотических средств либо прекурсоров с целью изготовления таких средств или веществ — наказываются ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества или без конфискации.

Примечание: Лицо, добровольно сдавшее наркотические или психотропные вещества, активно способствующее раскрытию или пресечению преступления, связанного с незаконным оборотом этих средств, освобождается от уголовной ответственности.

11. Что безопасней: пить, курить или колоться?

• Нет безопасных уровней и сроков потребления алкоголя, табака и наркотиков.

В результате употребления этих веществ рано или поздно возникают состояния, характеризующиеся настоятельной потребностью в их приеме, т. е. формируется зависимость и привыкание. Происходит постепенная психическая и физическая деградация личности.

12. Наркопотребитель — изгой общества?

• Распространенное мнение о том, что наркотики находятся где-то за гранью обыденной жизни, что это удел отверженных, выбор неудачников, привело к тому, что сегодня тысячи детей гибнут от наркотиков.

Отношение к наркопотребителю как к изгою общества, репрессивные меры могут привести к тому, что, оказавшись в западне, он может принести в жертву последнее, что у него остается — собственную жизнь. Для того чтобы вернуться к нормальной жизни наркопотребителю нужна помощь, и помощь не только и не столько медицинская, а помощь социальная, оказываемая окружением — родными, друзьями, знакомыми.

13. Как отказаться, если предлагают наркотики?

• Правила-этапы достойного отказа:

1. Твердо, но доброжелательно и спокойно говорите «нет», не вступая в препирательства и споры.
2. Соглашайтесь с доводами, но стойте на своем: «В этом ты прав, но я не хочу этого делать».
3. Прекращайте разговор: «Я больше не хочу говорить на эту тему».
4. Переходите в контратаку: засыпайте собеседника своими аргументами.

14. Сколько времени наркопотребитель может прожить без наркотиков?

• Это зависит от того, на какой стадии заболевания находится человек. Если развилась психическая и физическая зависимость, а еще хуже — повышение толерантности, тогда наркозависимый не может выдержать без наркотиков и несколько часов.

15. Где можно получить анонимную помощь?

• Консультацию, в том числе анонимную, по проблемам наркотической зависимости можно получить в любом наркологическом диспансере либо наркологических кабинетах поликлиник. Во многих диспансерах имеются подростковые наркологи. Кроме того, оказанием помощи наркозависимым занимаются некоторые общественные организации.

7.4 Закрепление материала

7.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель дает краткую характеристику наркотическим веществам, останавливается на неспецифических и специфических реакциях при употреблении наркотиков, акцентирует внимание на пагубном воздействии психоактивных веществ на организм.

ЗАНЯТИЕ 8

Влияние табака и алкоголя на репродуктивное здоровье

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Учебная: углубить знания о неблагоприятном влиянии табака и алкоголя на здоровье человека, на мужскую и женскую репродуктивную систему.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- актуальность табакокурения и алкоголизма в современном обществе;
- факторы, способствующие табакокурению и алкоголизму;
- влияние алкоголя и табакокурения на соматическое здоровье;
- влияние алкоголя и табакокурения на репродуктивное здоровье;
- особенности воздействия алкоголя на подростков;
- методы лечения табакокурения, алкоголизма.

б) должны уметь:
- оказывать консультативную помощь по проблемам табакокурения, употребления алкоголя.

Время: 3 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
8.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
8.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
8.3	Изучение темы «Влияние табака и алкоголя на репродуктивное здоровье». Вопросы темы: 1. Краткая характеристика табака. 2. Проблема потребления табака в современном обществе. 3. Виды табачной зависимости. Факторы, предрасполагающие к курению. 4. Влияние табака на здоровье человека. 5. Краткая характеристика алкоголя. 6. Проблема употребления алкоголя в республике. 7. Влияние алкоголя на здоровье человека. 8. Особенности воздействия алкоголя на подростков. 9. Развитие алкогольной зависимости. 10. Консультирование по проблемам потребления алкоголя, табакокурения. 11. Социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами. 12. Вопросы, наиболее часто задаваемые подростками при консультировании.	Лекция (презентация)	120 мин
8.4	Закрепление материала.		5 мин
8.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

8.1 Организационный момент

Необходимо уточнить у слушателей наличие вопросов по предыдущей теме занятия.

8.2 Актуальность темы

Решение проблем табакокурения и злоупотребления алкоголем, прежде всего у молодежи, позволит изменить формы поведения и отношение к своему здоровью, сформировать важность приоритетов здорового образа жизни. Для этого подросткам и молодым людям необходимо знать пагубное влияние табака и алкоголя на соматическое здоровье, функцию репродуктивных органов, включая развитие бесплодия, осложнений течения беременности и родов, рождение ослабленного и больного ребенка.

8.3 Влияние табака и алкоголя на репродуктивное здоровье

Краткая характеристика табака

Табак — это однолетнее растение семейства пасленовых, высушенные листья которого после специальной обработки измельчают и используют для курения. В состав листьев табака входит никотин, белки, углеводы, органические кислоты, смолы и эфирные масла. Главная особенность табака, которая отличает его от других растений семейства пасленовых, — содержание никотина. В процессе выкуривания сигареты происходит сухая перегонка табака, что сопровождается образованием огромного количества различных продуктов: никотина, угарного газа, цианида водорода, аммиака, синильной кислоты, сажи, 43 известных канцерогена (мышьяка, хрома, бензпирена, нитрозаминов и др.).

Проблема потребления табака в современном обществе

Проблема распространения табачной эпидемии остается актуальной как во всем мире, так и в нашей республике. Это подтверждают статистические данные — 38% мужчин и 23% женщин в Европе являются курильщиками. Ситуация в нашей стране еще более сложная — среди белорусов курят 64,1% мужчин, стремительно растет количество курящих женщин. Постоянно курят более 30% молодежи в возрастной группе 21–25 лет. Ущерб, наносимый табаком, огромен. Он убивает около 5 миллионов людей ежегодно, являясь крупнейшей предотвратимой причиной смерти во всем мире. Привыкание к табаку и зависимость от него почти столь же сильная, как зависимость от кокаина или героина.

Табачная зависимость. Факторы, предрасполагающие к курению

Никотин является компонентом табака, вызывающим зависимость. Примерно 25% никотина, попавшего в организм при курении, попадает в кровоток и уже через 15 секунд достигает головного мозга. Таким образом, по скорости действия на мозг никотин сопоставим с наркотиками, вводимыми внутривенно. Одной из особенностей обусловливающих пристрастие к табаку, является быстрое его разрушение в организме (на 50% за 2 часа) и быстрое возникновение желания закурить повторно, что и поддерживает формирование зависимости.

Никотин, как и другие наркотики, вызывает зависимость путем действия на дофаминовые структуры головного мозга, в результате чего закрепляется восприятие «позитивного» его эффекта и формируется желание этот эффект повторять. Дофамин — это вещество, участвующее в формировании мотивации поведения, т. е. того, что человек будет делать и как он будет себя вести. Также дофамин регулирует эмоции человека, например «вознаграждает» его при достижении чего-либо. Активирующее влияние никотина на ЦНС также связано и с повышением концентрации адреналина и норадреналина («гормонов стресса), других гормонов (АКТГ, кортизола).

В процессе курения развивается психологическая и физическая зависимости.

Психологическая зависимость состоит в том, что многократное повторение одних и тех же движений (подержать сигарету, поднести ее ко рту, вдыхать дым) постепенно формирует стойкий рефлекс курения. Эти поведенческие реакции закрепляются в результате активации никотином центральной нервной системы — повторение этих движений доставляет курящему особое удовольствие.

Никотин вызывает сильную физическую зависимость, сравнимую с наркотической. Физическая зависимость заключается в том, что если никотин не поступает в организм курильщика, у него развивается состояние абстинентного синдрома: острая потребность в сигарете, раз-

дражительность, нарушения сна, нетерпимость, неугомонность, тревога, беспокойство, снижение концентрации внимания, усиленный аппетит, головная боль. Состояние отмены достигает пика в пределах 24–28 часов после прекращения курения. Выраженность симптомов отмены обычно снижается через 2 недели, но некоторые из них, такие, как повышенный аппетит и трудности концентрации внимания, могут оставаться в течение нескольких месяцев.

Еще до развития никотиновой зависимости употребление любых видов табака (сигарет, сигар, папирос) в течение 12 месяцев вызывает вредные для здоровья последствия как в физической (кашель), так и в психической (раздражительность) сферах. Курение часто критикуется окружающими и, особенно у подростков, связано с различными негативными социальными последствиями, но это не является признаком вреда употребления. На этапе курения с вредом для здоровья человек еще способен самостоятельно и легко прекратить курение, так как физической зависимости от никотина на этом этапе еще не сформировалось.

Продолжающееся курение приводит к формированию зависимости от никотина примерно у 90%, причем у многих психологическая зависимость возникает очень рано.

Большинство курильщиков начинают курить в подростковом возрасте. Подростки часто начинают курить «за компанию», чтобы не быть «белой вороной» — им просто не хватает мужества, чтобы поступать не так, «как все». Существует множество взаимосвязанных факторов, предрасполагающих молодых людей к курению.

Факторы, предрасполагающие молодых людей к курению:

- широкая распространенность и приемлемость потребления табака в современном обществе;
- подверженность и уязвимость подростков к рекламе и пропаганде табака;
- доступность табачных изделий;
- ролевые модели курящих взрослых — родителей, учителей, кумиров;
- возрастные особенности подросткового периода — любопытство, склонность к экспериментам, желание продемонстрировать свою самостоятельность и независимость, подверженность влиянию курящих сверстников.

Влияние табака на здоровье человека

От токсических веществ, содержащихся в табачном дыме, страдают практически все органы и системы. По данным ВОЗ, каждые 8 секунд в мире регистрируется смерть от заболеваний, имеющих причинную связь с табакокурением. Результаты проведенных научных исследований по проблеме курения убедительно свидетельствуют о том, что люди, начинающие курить в детском или подростковом возрасте (таких среди курящих более 70%) и продолжающие курить 20 и более лет, живут в среднем на 20–25 лет меньше тех, кто никогда не курил. Причинами смерти у них являются не только рак легких или ишемическая болезнь сердца, но и ряд других тяжелых заболеваний. **В то же время — курение является причиной смерти, которую легче всего предотвратить!**

Рак. В составе табачного дыма более 40 компонентов, которые могут являться причинными факторами, индуцирующими развитие раковых заболеваний. В 90% случаев рак легких развивается в результате курения. В ряде проведенных исследований установлено: чем продолжительнее индивидуальный стаж курения, тем выше степень риска развития рака различных локализаций, в том числе рака полости носа (в 2 раза), языка, полости рта, слюнной железы и глотки (от 6 до 27 раз), зева (в 12 раз), пищевода (от 8 до 10 раз), гортани (от 10 до 18 раз), желудка (в 2–3 раза), почек (в 5 раз), мочевого пузыря (в 3 раза), полового члена (в 2–3 раза), поджелудочной железы (от 2 до 5 раз), толстого кишечника и прямой кишки (в 3 раза), анальной области (в 5–6 раз). В некоторых исследованиях установлена корреляционная связь между курением и заболеваемостью раком молочной железы.

Само по себе курение не является непосредственной причиной заболевания меланомой (высокозлокачественная форма рака кожи), однако курение увеличивает вероятность летального исхода. Риск заболеть плоскоклеточным (сквамозным) раком кожи, оставляющим глубокие, обезображивающие рубцы и сопровождающимся красными высыпаниями на коже, у курящих в два раза выше, чем у некурящих.

Эмфизема легких. Кроме рака легких курение является причиной развития эмфиземы — болезни, патологической основой которой является расширение полостей легочных долек и альвеол с разрывом перегородок между ними, что снижает общую площадь дыхательной поверхности и жизненный объем легких. Эти деструктивные изменения уменьшают физиологическую возможность насыщения крови кислородом и удаления из нее углекислого газа. У курящих обычно рано развивается и быстро прогрессирует хронический бронхит, типичными симптомами которого являются выделение гнойно-слизистой мокроты, болезненный кашель и дыхательная недостаточность.

Сердечно-сосудистые заболевания. Около трети всех смертей в мире сегодня причинно связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Курение является одним из наиболее значительных и независимых факторов риска развития ССЗ. В развивающихся странах от ССЗ, индуцированных табакокурением, ежегодно умирает более 1 млн. человек. В экономически развитых странах — более 600 тыс. При курении обычно учащается пульс, повышается артериальное давление и, следовательно, увеличивается риск развития и прогрессирования гипертонической болезни и тромбоза артерий, что в дальнейшем может осложняться инфарктом миокарда и мозговым инсультом. Также последствиями курения могут быть стенокардия, поражение периферических сосудов, аневризма аорты, остановка сердца, повышение свертываемости крови.

Влияние курения на иммунитет. Курение ослабляет иммунную систему организма. Человек становится более восприимчивым ко многим заболеваниям, в частности к красной волчанке, симптомами которой являются выпадение волос, изъязвления на слизистой ротовой полости, появление сыпи на коже лица, головы и рук.

Зрение. Общеизвестно, что курение вредно влияет на зрение. У курящих обычно значительно чаще (до 40% случаев) развивается катаракта — помутнение хрусталика, вследствие чего он становятся менее проницаемым для света, прогрессирование процесса может привести к слепоте. Табачный дым имеет два вредных для глаз эффекта (причина/следствие), потенцирующих развитие катаракты. Это непосредственное раздражение глаз во время курения и опосредованное воздействие содержащихся в дыме химических субстанций, которые всасываются из легких в кровь, а затем попадают в ткани глаза. С курением связывают также дегенеративные изменения в «желтом пятне» глаза — не поддающуюся лечению атрофию центральной части сетчатки. Именно «желтое пятно» является центром фокусировки визуального изображения на сетчатку, от чего зависит способность читать, управлять автомобилем, различать лица людей, цвета и четко видеть отдельные детали рассматриваемых предметов.

Преждевременное старение кожи. Курение является причиной преждевременного старения кожи, так как избирательно уменьшает содержание в ней белков, от которых зависит ее эластичность, снижает содержание витамина А, а также замедляет интенсивность кровотока в сосудах. У курящих людей кожа обычно сухая, грубая, прорезана тонкими линейными морщинами, особенно часто располагающимися вокруг рта и глаз.

Потеря слуха. Курение является одной из причин раннего развития атеросклероза сосудов. Локально эти изменения обычно приводят к снижению кровоснабжения внутреннего уха. Курящие начинают терять остроту слуха в более раннем возрасте, чем некурящие, более склонны к нарушению слуха после перенесенных инфекций среднего уха, вследствие воздействий интенсивных и высокочастотных шумов. Кроме того, по сравнению с некурящими людьми, курящие имеют в три раза более высокий риск заболеваний инфекциями среднего уха, которые, в свою очередь, чреваты такими тяжелыми осложнениями, как менингит и паралич лицевого нерва.

Зубной кариес. Курение нарушает нормальное протекание химических процессов и изменяет естественную pH-реакцию среды в ротовой полости. На зубах обычно формируются бляшки и желтый налет, что впоследствии приводит к кариесу. В связи с этим риск потери зубов у курящих в полтора раза выше, чем у некурящих людей.

Остеопороз. Окись углерода является главным токсичным компонентом в составе газообразных выхлопов автотранспорта и в сигаретном дыме. По сравнению с кислородом она значительно активнее связывается с гемоглобином крови с образованием метгемоглобина и, таким образом, может блокировать ее кислород-связывающий потенциал (до 15% гемоглобина

у заядлых курильщиков). В результате хронического тканевого кислородного голодания кости теряют свою массу, становятся менее плотными и более ломкими, при их переломах продолжительность восстановительного периода у курильщиков значительно удлиняется (до 80%). Курящие люди более склонны к развитию остеохондроза позвоночника и радикулита. В одном из наблюдений установлено, что у курящих рабочих на промышленном предприятии риск осложнений посттравматическими радикулитами был в 5 раз выше, чем у некурящих.

Язвенная болезнь желудка. Курение снижает устойчивость организма человека к бактериальной инфекции (Helicobacter pylori), вызывающей развитие язвенной болезни желудка. У хронически курящих людей снижаются физиологические компенсаторные возможности желудка по нейтрализации повышенной кислотности после приемов пищи, что может привести к разъеданию соляной кислотой слизистой оболочки. Язвенная болезнь желудка у курящих, по сравнению с некурящими, труднее поддается лечению, чаще встречаются рецидивы.

Изменение окраски кожи кончиков пальцев на руках. Смола, содержащаяся в дыме, обычно абсорбируется кожей пальцев рук и ногтями, окрашивая их в желто-коричневый цвет.

Псориаз. Относительный риск заболеть псориазом у курящих людей в 2–3 раза выше, чем у некурящих.

Синдром «Болезнь Бюргера». Это целая группа воспалительных облитерирующих заболеваний сосудов (артерий, вен) и нервов нижних конечностей, следствием которых является снижение кровоснабжения/ограничение притока крови к ногам. При отсутствии своевременного лечения ишемия обычно заканчивается гангреной, и приходится прибегать к вынужденной ампутации омертвевших анатомических частей или всей ноги.

Сахарный диабет. Курение повышает вероятность развития сахарного диабета второго типа, отягощает течение сахарного диабета как первого, так и второго типа, увеличивает количество осложнений и риск смерти. Прекращение курения является важным фактором снижения риска как самого сахарного диабета, так и его осложнений.

Кроме того, что патология, описанная выше, сама по себе оказывает неблагоприятное воздействие на репродуктивное здоровье, курение оказывает пагубное влияние непосредственно на репродуктивные органы.

Патология спермы. У мужчин курение может быть причиной деформации сперматозоидов и дефектности ДНК, следствием чего является невынашивание беременности и/или различные врожденные аномалии и дефекты развития у новорожденных детей. Некоторыми исследованиями установлено, что дети курящих отцов наследуют относительно повышенный риск заболевания различными видами рака. Мужское бесплодие встречается относительно чаще среди курящих мужчин по сравнению с некурящими. В семенной жидкости курящих мужчин уменьшается количество активных сперматозоидов. Снижается интенсивность притока крови к половому члену и, соответственно, ослабляется эрекция, что может стать причиной развития импотенции. Как показали результаты исследования, проведенного Британской медицинской ассоциацией, большинство мужчин не догадываются о возможности существования такой связи. В то же время до 120 тысяч англичан в возрасте от 30 до 40 лет импотенты именно по вине пагубного пристрастия к табаку.

Рак матки и невынашиваемость беременности. Кроме повышения риска возникновения рака тела и шейки матки, курящие женщины чаще сталкиваются с такими проблемами, как бесплодие, осложнения беременности и родов. Токсичность табачного дыма многократно возрастает во время беременности, особенно в первые три месяца. Если женщина курит в первые недели после зачатия — прежде всего страдает центральная нервная система ребенка, ибо она закладывается именно в это время. Табачные токсины поступают из организма матери в кровеносное русло плода уже через пять секунд, они наносят удар по сердечно-сосудистой системе, которая формируется на 4–5-й неделе, оказывают влияние на мозг, почки. Последствия становятся очевидными как сразу после рождения ребенка, так и спустя несколько лет, чаще в школьные годы, когда возрастает нагрузка на организм.

Курение во время беременности увеличивает риск рождения ребенка с низкой массой тела, что в дальнейшем может отрицательно повлиять на его развитие и здоровье. Невынашивание беременности, как и мертворождения, у курящих женщин встречаются в 2–3 раза чаще, чем у некурящих, из-за кислородного голодания плода и патологических изменений в плаценте, причинно связанных с токсическими эффектами окиси углерода, содержащейся в табачном дыме. У курящих матерей увеличивается также вероятность «синдрома внезапной смерти младенца».

Следствием курения женщины во время беременности может стать диабет или ожирение ее будущего ребенка. Исследователи предполагают, что данная взаимосвязь между материнским курением и диабетом у ребенка может быть обусловлена изменениями в метаболизме у плода под действием компонентов табачного дыма. Курение, с одной стороны, оказывает токсическое действие на плод, с другой стороны, вызывает недостаток питания плода.

Совсем недавно ученые выявили, что курение и гормональные противозачаточные препараты несовместимы. У курящих женщин, пользующихся этими средствами, в 38 раз увеличивается риск сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, курение женщин может быть причиной снижения в крови уровня гормона эстрогена и, как следствие, развитие раннего климакса.

Пассивное курение. Пассивное вдыхание дыма оказывает вредное воздействие на некурящих. Дым, исходящий с конца сигареты, которую курильщик закуривает, — «основной» дым — отличается по химическому составу от «побочного» дыма, образующегося между затяжками. Побочный дым содержит больше монооксида углерода, нитрозаминов и бензпирена, чем основной дым. Поэтому в компании с заядлыми курильщиками некурящий может пассивно вдыхать такое количество дыма, что это будет соответствовать трем активно выкуриваемым сигаретам в день. Некурящие члены семей курильщиков имеют на 20% больший риск развития рака легких. Кроме того, у пассивно курящих отмечается больший риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Дети до 2 лет, проживающие с курящими родителями, имеют повышенную предрасположенность к респираторным заболеваниям и нарушению функции легких, коррелирующих с интенсивностью курения сигарет родителями.

Краткая характеристика алкоголя

Алкоголь — это вещество, которое содержится в спиртных напитках. По химическому составу относится к наркотическим веществам и оказывает токсическое действие на организм. Смертельной дозой для абсолютно здорового человека является 6–8 г чистого 96-градусного алкоголя на 1 кг массы тела. В результате длительного привыкания эта доза повышается, но не более чем на 30–40%, т. е. достигает 1200–1800 г 40-градусного алкоголя.

Выделяют **две фазы действия алкоголя** на центральную нервную систему.

Фаза возбуждения. Характеризуется эйфорией, ощущением бодрости и прилива сил, расторможенностью, снижением самокритичности. Во время этой фазы нарушается метаболизм нейронов коры головного мозга, снижается количество серотонина, усиливается выделение адреналина, норадреналина, дофамина. Благодаря этим процессам изменяется мироощущение человека.

Фаза угнетения. Эйфория сменяется дисфорией, причиной является снижение метаболизма норадреналина и дофамина, повышенная концентрация которых вызывает угнетение ЦНС и депрессию. По мере увеличения дозы алкоголя утрачивается контроль над поведением, нарушается ориентация в пространстве. Его систематическое употребление приводит к серьезным изменениям психики человека — появляются раздражительность, агрессия, слабоволие, лживость. Меняется характер, прекращается духовный рост, исчезает инициатива.

Проблема употребления алкоголя в республике

Проблемы, связанные с распространением злоупотребления алкоголем подростками, продолжают оставаться одними из самых социально-тревожных и злободневных проблем в Республике Беларусь. Постоянно возрастает число подростков, состоящих на учете в наркологических диспансерах. Их число за последние 10 лет увеличилось более чем в 20 раз.

Проведенные среди учащихся опросы показывают, что спиртные напитки употребляют 63% учащихся, причем первое место по частоте потребления принадлежит пиву. Пиво употребляют как юноши, так и девушки. В то же время употребление пива в больших количествах вызывает такое же алкогольное опьянение, как и употребление водки. По содержанию этилового спирта 1 бутылка пива эквивалентна 50 г водки.

Алкогольная зависимость (алкоголизм) — это хроническое болезненное состояние, развивающееся вследствие длительного злоупотребления алкогольными напитками, характеризующееся психической и физической зависимостью от алкоголя, приводящее к нарушению психического и физического здоровья, а также к социальной дезадаптации.

Формирование алкогольной зависимости происходит постепенно. Поскольку алкоголь является социально приемлемым психоактивным веществом, то многие люди употребляют

алкоголь эпизодически, от случая к случаю, не испытывая при этом каких-либо проблем. Наиболее распространенным паттерном употребления алкоголя является социальное употребление, т. е. употребление алкоголя в каком-либо социальном контексте (праздники, встреча гостей). Этап предболезни, или привычное пьянство, характеризуется частым употреблением спиртных напитков без поводов, в случайных местах и компаниях, что сопровождается проблемами социального и медицинского характера. На этом этапе может наступить стабилизация либо переход в болезнь. В динамике алкогольной зависимости выделяют 3 стадии.

Первая стадия (стадия психической зависимости). Базовым синдромом является синдром психической зависимости, который характеризуется тем, что нормальное психическое функционирование возможно только в состоянии опьянения. Алкоголь становится необходимым для поддержания нормального психического тонуса. Все мысли человека направлены на поиск возможности выпить. Обычно навязчивое влечение к алкоголю актуализируется в ситуациях, связанных с возможностью выпить. Часто такие ситуации создаются искусственно. Проявлением психической зависимости на поведенческом уровне является оживление, повышение настроения в предвкушении застолья. Появление препятствий вызывает раздражение и неудовлетворенность. При этом изначальная доза алкоголя уже не вызывает опьянения и для достижения комфортного состояния необходимо выпить значительно больше, чем это требовалось раньше. Также происходит утрата количественного контроля — после начальной дозы алкоголя и появления признаков опьянения возникает желание продолжить выпивку вплоть до тяжелой степени опьянения. Так, например, выпив 150 граммов водки, субъект может без проблем остановиться, но, выпив 200 граммов водки, он уже не может контролировать свое дальнейшее употребление. Утрата ситуационного контроля означает, что человек перестает учитывать контекст, в котором алкоголь употребляется, и пьет где попало и с кем попало. Для этой стадии характерны частые однократные выпивки или алкогольные эксцессы, длящиеся несколько дней.

Вторая стадия (стадия физической зависимости). Для этой стадии характерны все симптомы, имевшие место на первой стадии. Базовым синдромом является синдром физической зависимости. Проявляется физическая зависимость абстинентным (похмельным) синдромом, который появляется после запоя, через 12–24 часа после прекращения употребления алкоголя, и проявляется комплексом психических и соматоневрологических нарушений. Среди психических нарушений наиболее важным является сильное влечение к алкоголю, сравнимое с витальными потребностями. К другим психическим нарушениям относятся тревога, депрессия, раздражительность, бессонница, головная боль. Из соматоневрологических симптомов следует отметить отсутствие аппетита, повышение артериального давления, учащение пульса, тремор, обострение хронических соматических заболеваний. Алкогольный абстинентный синдром (ААС) также может осложняться судорогами и алкогольным делирием. Продолжительность ААС — 1–10 суток. На этой стадии наблюдается изменение картины опьянения — период эйфории укорачивается, появляются психопатоподобные формы поведения. Как правило, частые однократные выпивки, характерные для первой стадии, на этой стадии сменяются псевдозапоями, которые на 3-й стадии переходят в истинные запои. Начало псевдозапоя обусловлено внешними факторами (зарплата, выходные дни), окончание также связано с внешними причинами — отсутствие денег, семейные конфликты, дисциплинарные взыскания на работе. Отчетливо вырисовываются проблемы социального и медицинского характера, усугубляется социальная дезадаптация.

Третья стадия (энцефалопатическая). Характерны симптомы предыдущих стадий, которые проявляются в виде наиболее тяжелых клинических вариантов. Наблюдается снижение толерантности. Меняется режим алкоголизации — алкоголь употребляется на протяжении всего дня часто, небольшими дозами. Обычно от крепких спиртных напитков переходят к слабым, чаще к дешевым крепленым винам. Для этой стадии характерны истинные запои, началу которых предшествует тревожно-депрессивное настроение. Абстинентный синдром может осложняться алкогольными психозами, при этом наблюдаются энцефалопатические формы. Достигают максимальной выраженности проблемы, вызванные болезнью. Как правило, больные социально дезадаптированы, ведут паразитический образ жизни. Изменения личности определяются понятием «алкогольная деградация». Характерно эмоциональное огрубение, утрата морально-этических норм, отсутствие критического отношения к своему состоянию. Эйфории с грубым цинизмом и плоским алкогольным юмором чередуются с дисфориями. Нарастают психоорганические нарушения, ухудшается память, снижается интеллект, мышление становится торпидным. Интересы ограничиваются поиском и употреблением алкоголя.

Влияние алкоголя на здоровье человека

Благодаря своим химическим свойствам алкоголь легко проходит через биологические мембраны в организме. Всасывание его происходит уже в полости рта, около 20% всасывается в желудке, остальное — в тонком кишечнике. Из тонкого кишечника алкоголь поступает в систему кровообращения, по которой разносится по всему организму.

Печень разрушает (окисляет) приблизительно 90% алкоголя, образуя в качестве конечных продуктов углекислый газ и воду. Оставшиеся 10% выводятся через легкие и потовые железы.

Алкоголь обладает серьезными токсическими свойствами:

1. **Мембраноразрушающее действие.** Этиловый спирт нарушает состояние мембран, изменяя структуру билипидного слоя, изменяя тем самым их проницаемость. При этом грубо нарушается система трансмембранного транспорта.
2. **Патогенное действие продуктов метаболизма этилового спирта.** После прохождения гематоэнцефалического барьера сивушные масла и ацетальдегид взаимодействуют с дофамином и норадреналином, оказывая психостимулирующее и галлюциногенное воздействие.
3. **Изменение метаболизма.** Изменяется жировой обмен — активируется липогенез и синтез холестерина. В итоге развивается атеросклероз и жировая дистрофия печени. Ингибируется цикл Кребса, снижается глюконеогенез, это способствует гипогликемии. Блокируется синтез белка, в результате чего развивается гипопротеинемия.

Таким образом, алкоголь оказывает вредное воздействие практически на все органы и системы человеческого организма.

Желудочно-кишечный тракт. Заболевания желудочно-кишечного тракта проявляются в виде воспалительного процесса и обусловлены, прежде всего, непосредственным токсическим воздействием этанола на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Всасываясь, алкоголь вызывает раздражение слизистой оболочки, выстилающей желудок, и приводит к ее воспалению. Появляются тошнота, рвота, боли в животе, неприятные ощущения после приема пищи (изжога, отрыжка). Снижается аппетит. Алкоголь подавляет продукцию муцина, выполняющего защитную функцию по отношению к слизистой оболочке желудка, что приводит к возникновению гастрита и язвенной болезни. Увеличивается риск возникновения злокачественных заболеваний.

Алкоголь оказывает также раздражающее действие на слизистую оболочку кишечника, вызывая ее воспаление. Результатом неблагоприятного воздействия является выделение значительно меньшего количества ферментов и других пищеварительных соков, которые необходимы организму для полноценного процесса переваривания пищи и всасывания питательных веществ. Постоянное воздействие алкоголя на стенку тонкого кишечника приводит также к изменению структуры клеток, которые теряют способность полноценно всасывать питательные вещества и минеральные компоненты, что заканчивается истощением организма. В результате поражения кишечника могут возникать расстройства стула (поносы, запоры), появляться боли внизу живота.

Печень. Употребление алкоголя пагубно отражается на защитной функции печени. Учитывая, что 90–95% всего поступающего в организм алкоголя обезвреживается в печени, ясно, что этот орган страдает от алкоголя больше всего. В печени возникает воспалительный процесс, развивается гепатит. Печеночные клетки, очищая организм от алкоголя, постепенно погибают и замещаются жировой или соединительной тканью. Печень сморщивается и утрачивает способность полноценно функционировать. Развивается цирроз. Печень перестает выполнять свою функцию по обеззараживанию токсических продуктов обмена, выработке белков крови и других важных функций. Цирроз печени возникает на II–III стадиях алкоголизма. Установлена четкая зависимость заболевания с качеством и количеством потребляемого алкоголя в день. Хотя устойчивость к алкоголю у мужчин выше, чем у женщин, мужчины-алкоголики подвержены большему риску поражения печени.

Поджелудочная железа. Злоупотребление алкоголем — одна из наиболее частых причин заболеваний поджелудочной железы. Эта патология встречается у 23% больных алкоголизмом и проявляется в форме острого или хронического панкреатита. Заболевание сопровождается снижением аппетита, тошнотой, метеоризмом, неустойчивым стулом. Больные, страдающие алкоголизмом, в 10 раз больше подвержены вероятности заболевания диабетом, чем непьющие. Алкоголь разрушает поджелудочную железу, глубоко нарушает обмен веществ.

Легкие. Отрицательное воздействие алкоголь оказывает и на легкие. Частично выделяясь через легкие, он способен вызывать повреждение легочной ткани, сопровождающееся возникновением ряда заболеваний. Появляется одышка, кашель, удушье.

Сердечно-сосудистая система. Заболевания сердечно-сосудистой системы обусловлены токсическим воздействием алкоголя на сердечную мышцу, угнетением активности ферментов с последующим нарушением синтеза АТФ и дефицитом тиамина (витамина B_1). Сосуды сердечной мышцы при употреблении алкоголя становятся плотными, теряют эластичность. Просвет их сужается, что затрудняет движение крови. Сердце плохо снабжается кровью, это приводит к возникновению болезней сердца (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, нарушение ритма сердечных сокращений). При поражении кровеносных сосудов возникает гипертоническая болезнь, поражается венозная система. Расширяются вены носа и щек, в результате чего лицо употребляющего алкоголь становится бордово-синим.

Нервная система. Особо разрушающее влияние алкоголь оказывает на мозговую ткань. Алкоголь замедляет циркуляцию крови в сосудах мозга, приводя к постоянному кислородному голоданию клеток. В сосудах развиваются ранние склеротические изменения, возрастает риск кровоизлияния в мозг. Так как ткани мозга богаты жирами, а алкоголь хорошо растворяется в жирах, он накапливается в мозговых клетках в большем количестве, нежели в других тканях. Вступая в химическую реакцию с жироподобными веществами, он действует как нервный яд. Кроме того, он вызывает закупорку и разрушение мельчайших сосудов мозга — капилляров. Мозговая ткань не получает питания и кислород. Алкоголь разрушает связи между нервными клетками мозга, вырабатывая в них потребность в алкоголе и алкогольную зависимость. Разрушение клеток мозга и дегенерация нервной системы приводят к дыхательной и сердечной недостаточности, органическому психозу.

Алкогольная полинейропатия (алкогольный полиневрит) обнаруживается у 20–30% больных алкоголизмом. Это заболевание проявляется деструктивными изменениями периферических нервных волокон, обусловленными токсическим воздействием алкоголя. Патогенетическим является дефицит витаминов группы В и никотиновой кислоты.

Кровь. Алкоголь угнетает продукцию тромбоцитов, а также белых и красных кровяных телец. В итоге развиваются малокровие, инфекции, кровотечения.

Кожа. Пьющий человек почти всегда выглядит старше своих лет. Его кожа очень быстро теряет свою эластичность и стареет раньше времени.

Эффекты воздействия на репродуктивную систему

Дети, рожденные от родителей, страдающих алкоголизмом, отстают в психическом и физическом развитии. У подростков, употребляющих алкогольные напитки, нарушается формирование половых функций, что может привести к заболеванию половых органов и бесплодию.

Алкоголь оказывает вредное влияние на яички и яичники. При этом одинаково вредно как эпизодическое опьянение, так и систематический прием значительных количеств алкоголя. Под влиянием алкоголя развивается жировое перерождение семенных канальцев и разрастание соединительной ткани в паренхиме яичек. Особой выраженностью токсического действия на железистую ткань яичка обладает пиво, которое намного легче других алкогольных напитков проникает через гематотестикулярный барьер, вызывая жировое перерождение железистого эпителия семенных канальцев.

Как показали исследования канадских ученых, алкоголь после употребления практически сразу воздействует на сперматическую жидкость, которая поддерживает жизнеспособность сперматозоидов. Оплодотворение яйцеклетки ослабленными сперматозоидами может привести к серьезным отклонениям в развитии будущего ребенка.

Наряду с непосредственным токсическим действием алкоголя на яички, известное значение имеет развивающееся у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, нарушение функции печени и способности ее разрушать эстроген. Известно, что при циррозе печени значительно повышается количество эстрогена как у мужчин, так и у женщин. Это приводит к торможению гонадотропной функции гипофиза и последующей атрофии половых желез.

При злоупотреблении алкоголем нарушается также и половая потенция, что связано со снижением условных и безусловных рефлексов вследствие тормозящего действия на подкорковые центры. У женщин наблюдаются расстройства регулярности менструального цикла. Из-за токсического воздействия на надпочечники алкоголь ингибирует выработку андрогенов, обуславливающих половое влечение. Снижается либидо, в далеко зашедших случаях развивается вто-

ричная фригидность. Американские ученые установили, что из общего числа женщин, не отказывающих себе в удовольствии выпить, в состоянии зачать и родить только каждая вторая.

При приеме алкоголя во время беременности обнаруживаются его тератогенные свойства. Алкоголь является одним из веществ, приводящих к возникновению пороков развития у эмбриона и плода. На значение хронического алкоголизма матери в происхождении врожденных пороков развития указал в 1959 году Л. А. Богданович. Он писал, что у женщин, которые хронически употребляли спиртные напитки, дети в 34,5% случаев рождались недоношенными, в 19% случаев — физически ослабленными, в 3% случаев наблюдались выраженные пороки развития.

Множественные нарушения развития у детей, рожденных от женщин, страдающих хроническим алкоголизмом во время беременности, описаны в научной литературе как «синдром алкогольных эмбриофетопатий». Впервые данный синдром был описан в 1968 году П. Лемоином и соавторами. В настоящее время принято считать, что безвредного количества алкоголя, допустимого во время беременности, не существует. Это значит, что дозовая зависимость между количеством выпитого спиртного и риском возникновения пороков развития не определена и эффект алкоголя зависит лишь от индивидуальных особенностей организма матери и плода. Развитие алкогольного синдрома плода связывают с токсическим воздействием на плод одного из продуктов распада этилового спирта — ацетальдегида, повышенное содержание которого приводит к снижению содержания в тканях эмбриона и плода необходимого для нормального развития витамина — фолиевой кислоты. У новорожденных детей пьющих женщин отмечаются общая задержка физического и психического развития, нарушения формирования головного мозга (микроцефалия или гидроцефалия). Характерны также короткие и узкие глазные щели, узкий скошенный лоб, утолщенная, с узкой красной каймой верхняя губа, маленькая нижняя челюсть. Часто наблюдаются врожденные пороки сердца и почек, неврологические нарушения (дрожание конечностей, судороги, сниженный мышечный тонус, недостаточный сосательный рефлекс). В первые годы жизни у таких детей наблюдается отставание в психомоторном, особенно речевом, развитии, часто сочетающееся с повышенной возбудимостью и двигательной расторможенностью. Специфической особенностью интеллектуальных нарушений является отставание в умственном развитии, сочетающееся с эмоционально-личностной незрелостью. Отмечаются снижение критичности, эйфория, импульсивность, слабая регуляция произвольной деятельности. Возможно формирование генетически детерминированной склонности к алкоголизму.

Особенности воздействия алкоголя на подростков

Алкоголь особенно опасен в детском и подростковом возрасте, потому что многие органы и функции еще не сформированы. Возможна задержка их развития и формирование необратимых патологических изменений.

В большинстве случаев алкогольное опьянение у подростков характеризуется кратковременным возбуждением, сменяющимся общим угнетением, оглушенностью, нарастающей сонливостью, вялостью, замедленной бессвязной речью, потерей ориентации.

Особенности воздействия алкоголя на подростков.

1. Организм подростка примерно в 10 раз чувствительнее к алкоголю, чем организм взрослого (алкогольное опьянение у взрослого — алкогольное отравление у подростка).
2. Алкогольная зависимость у взрослого человека формируется в течение 3–5 лет, у подростков — в 1,5–2 года.
3. Алкоголизм быстрее проходит все стадии формирования: у взрослого человека период внешнего благополучия продолжается несколько лет, у подростков — несколько месяцев.
4. Разрушение личности у взрослого, злоупотребляющего алкоголем, происходит в среднем через 10 лет, у подростка — через 3–4 года.
5. Первые опьянения у подростков нередко сопровождаются алкогольным отравлением (тошнота, рвота, головная боль, слабость).
6. У подростков чаще, чем у взрослых, встречаются атипичные формы опьянения (вместо эйфории — злоба, тоска, депрессия, агрессия, истерические реакции).

Развитие алкогольной зависимости

Механизмы развития алкогольной зависимости до настоящего времени полностью не расшифрованы. Ранее предполагалось, что формирование зависимости связано с изменением соотношений химических веществ в головном мозге. Основная причина возникновения абстинентного синдрома, который является пусковым стимулом для «самостимуляции» алкоголем, виделась в снижении уровня серотонина и морфиноподобных веществ.

Однако, в соответствии с клиническим опытом, данная теория подтвердилась не полностью. Так, казалось, что с внедрением в практику фармакологических препаратов, нормализующих содержание в тканях мозга серотонина, дофамина, эндорфинов, энкефалинов, проблема лечения алкоголизма должна быть решена. Но, как и прежде, частота рецидивов заболевания остается высокой. Как выяснилось недавно, кроме изменения химизма мозга, происходит перестройка его электрической активности и морфологии в образованиях, относящихся к лимбической системе. И именно совокупность химических, морфологических и электрофизических перестроек приводит к установлению стойкой алкогольной зависимости.

Факторы риска

Употреблению подростками алкоголя могут способствовать так называемые «факторы риска», которые определяются как обстоятельства, повышающие вероятность употребления индивидуумом различных психоактивных веществ. Любой из этих факторов не является гарантией развития зависимости в будущем, а лишь указывает на имеющийся повышенный риск.

***Биологические факторы*:**

- **Наследственная предрасположенность.** Индивидуумы с семейной отягощенностью по алкогольной зависимости или зависимости от других веществ, рассматриваются как имеющие более высокий риск развития зависимости, чем представители всей популяции.
- **Индивидуальные физиологические особенности.** Изучены следующие особенности такого рода: необычный метаболизм этанола и/или ацетальдегида, ускоренное развитие физической зависимости, измененные реакции на введение алкоголя.

Индивидуально-психологические факторы:

- **Установки, стереотипы и ожидания.** У каждого человека имеются определенные установки и стереотипы в отношении самих себя и окружающего мира. Они формируются на основании личного опыта и информации, поступающей из социального окружения. К примеру, весьма распространенный стереотип «доза алкоголя снимает нервное напряжение» может способствовать повторному употреблению спиртного, даже после алкогольной интоксикации.
- **Эмоциональные состояния.** Отрицательные эмоциональные состояния (стресс, депрессия и т. п.) повышают вероятность употребления ПАВ. К примеру, опиаты могут применяться для устранения физической боли, алкоголь — для повышения уверенности в себе.
- **Личностные черты.** Имеются данные о связи некоторых личностных черт с более высоким риском появления проблем, обусловленных злоупотреблением ПАВ. К ним относятся авантюризм, возбудимость, неустойчивость характера, завышенная или заниженная самооценка. Если говорить о подростках, то сюда же можно отнести и характерную для подросткового сознания иллюзию собственной безопасности.
- **Поведение.** У людей, характеризующихся очень агрессивным или пассивным поведением, более вероятны трудности в установлении нормальных межличностных отношений, что может привести к увеличению риска злоупотребления ПАВ.

Социальные факторы:

- **Семья.** Алкоголизм или наркомания родителей, низкий имущественный и образовательный уровень, отсутствие эмоционального контакта, воспитание по типу гипо- или гиперопеки, низкий авторитет. Кроме того, родители и другие члены семьи выступают для подростков важными ролевыми моделями.
- **Культура, традиции, нормы:**
  - культурно обусловленное потребление ПАВ в данной местности;
  - широкое распространение злоупотребления ПАВ в данной местности, а также обстановка социальной приемлемости их употребления;

- направления молодежной субкультуры, связанные с потреблением алкоголя (клубная культура, некоторые стили музыки);
- состояние культурной среды в регионе, степень ее направленности на реализацию социальных и культурных потребностей молодежи, неадекватная молодежная политика, отсутствие реальных программ занятости и досуга несовершеннолетних.

Другие факторы: социальная нестабильность, безработица, проживание в районах с низким имущественным цензом, духовный «вакуум» и т. д.

По всей вероятности, доминирующим фактором, в связи с которым алкоголизм получил широкое распространение в странах бывшего СССР, является низкая способность к социальной адаптации у людей при переходе от одного строя к другому и резкое изменение социального положения населения.

Наряду с факторами риска существуют и так называемые **факторы защиты.**

Это:

- крепкие семейные узы;
- положение, когда родители контролируют поведение своих детей, постоянно вовлечены в их жизнь и преподают им ясные правила поведения внутри семьи;
- успешное проведение школьных и внешкольных мероприятий;
- крепкая связь подростков с социальными институтами: семьей, школой, общественными организациями, религиозными общинами;
- здоровая окружающая среда, соблюдение окружающими общепринятых норм в употреблении ПАВ;
- психологическая устойчивость, самостоятельность подростков, их умение принимать правильные решения.

Консультирование по проблемам потребления алкоголя, табакокурения

Основной задачей консультирования является развитие опыта жизни без алкоголя и выработка сопротивления влиянию нездоровой окружающей внешней среды.

Консультирование по проблемам потребления алкоголя и табакокурения должно включать:

- предоставление необходимой информации о зависимостях (табачной, алкогольной, наркотической, токсикоманической) и воздействии данных средств на организм;
- развитие способности к самоосознанию и уважения к себе;
- развитие навыков самостоятельности и ответственности, умения принимать самостоятельные решения;
- развитие умений бороться со стрессом без употребления алкоголя;
- развитие умения распознавать форму «агитации» алкогольной среды и сопротивляться ей;
- помощь в формировании модели поведения конструктивного сопротивления различным видам давления, развитие способности сказать «нет»;
- развитие навыков борьбы с депрессией и неудачами;
- развитие активной личностной позиции;
- знакомство с базовыми правами личности;
- помощь в выборе альтернативных видов поведения.

Крайне важно, чтобы клиент начал задумываться о своей жизни, начал понимать, что за все, происходящее с ним, отвечает только он сам. Даже если видимый результат консультирования отрицателен и подросток вновь начал употреблять алкоголь, посеянное в его душе зерно сомнения в собственном «праве пить» обязательно «прорастет» и даст свой результат.

Главное на первом этапе консультирования — чтобы в подростке началась «борьба мотивов». Чтобы он, даже задумываясь об употреблении алкоголя, испытывал колебания и сомнения. Если он начал думать и сомневаться — это первый шаг к успеху.

Консультант борется не с алкоголем, а с желанием человека сбежать с его помощью от реальности. Его задачей является фактически изменение взгляда человека на мир. Клиент должен перестать паразитировать на реальности, он должен принять ее и начать сотрудничать с миром, в котором он живет.

При консультировании подростков по проблеме табакокурения необходимо тщательно продумать, а затем обсудить мотивы, которые можно использовать для отказа от потребления табака. Прежде всего, это: безопасность родных и близких, избавление от тревоги, здоровье будущих супруга и детей, приобретение определенного статуса среди сверстников, желание быть свободным и независимым от обстоятельств (в том числе от курения и связанных с ним болезней), возможность в самоутверждении и реализации жизненных принципов и целей, удовлетворение стремления принимать взвешенные и обоснованные решения.

Социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами

Злоупотребление психоактивными веществами наносит серьезный экономический ущерб обществу, оказывает негативное влияние на основные показатели здоровья населения — заболеваемость, инвалидность, рождаемость, смертность. Смертность курящих мужчин в возрасте 35–44 лет на 86% выше, чем некурящих. В возрастной группе 45–54 года она выше на 152%. Табакокурение значительно снижает ожидаемую продолжительность жизни почти на 10 лет. Государство тратит огромные суммы на оказание медицинской помощи, выплату пенсий и пособий.

Значительные средства государство тратит на осуществление правоохранительных мероприятий, несет потери через снижение производительности труда, от совершения преступлений в состоянии алкогольного опьянения. Употребление алкоголя женщинами во время беременности ложится дополнительным бременем на общество в рамках социальных служб, включая уход за оставшимися без родительской опеки детьми. Злоупотребление алкоголем нередко становится причиной распада семьи и образования все большего числа неполных семей. Таким образом, нарушается основная социальная функция воспроизводства, что непосредственно сказывается на демографической ситуации в стране.

В настоящее время наблюдается рост числа больных с тяжелыми формами алкоголизма, с алкогольными психозами, увеличение осложнений алкоголизма тяжелыми соматическими заболеваниями. Постоянно растет число инвалидов по причине злоупотребления алкоголем. Уходит в прошлое мнение, что алкоголизм — это чисто мужская «прерогатива». За последние годы в серьезную социальную проблему превратился женский алкоголизм. Соотношение между мужчинами и женщинами, страдающими хроническим алкоголизмом, начинает выравниваться. Причем рост числа злоупотребляющих алкоголем женщин происходит в основном за счет лиц молодого возраста.

С алкоголизмом родителей тесно связана проблема «уличных» детей. Большинство из них происходят из бедных семей, отягощенных алкоголизмом. Фактически это бездомные дети. От прочих групп детей, проводящих значительное время на улице (членов молодежных субкультур, подростков — членов уличных компаний и т. д.), их отличает необходимость самим находить средства к существованию. Тем самым они фактически лишаются детского статуса, в соответствии с которым взрослые должны о них заботиться, и становятся более или менее равноправными членами неформальных уличных сообществ, наравне с другими городскими маргиналами. Здесь они могут либо опуститься на самое дно, пополнив ряды городских бездомных с минимальным социальным капиталом, лишенных всех экономических и социальных ресурсов, либо войти в структуры теневой экономики.

Из-за неумеренного приема алкоголя человеку приходится отказываться полностью или частично от социальной и профессиональной деятельности. Вся деятельность алкоголика вращается вокруг добывания денег на приобретение алкоголя, приема и восстановления после его употребления. Поэтому они не работают, иногда числятся на работе, изредка появляясь на рабочем месте.

Существуют проблемы и у курящих. Во время длительной поездки или совещания, где нельзя курить, у курящего появляется неудержимое и все нарастающее желание закурить (средний интервал между сигаретами обычно не превышает 30–40 минут), он думает не о деле, а о курении и о том, что ему в данный момент мешает удовлетворить свое желание.

Говоря о социальных последствиях злоупотребления алкоголем, нельзя не сказать о феномене созависимости. О созависимости заговорили западные психологи и психотерапевты, которые занимались изучением так называемой «алкогольной» семьи, т. е. семьи, где пьет один из родителей (как правило, мужчина). Мать или отец, страдающие алкоголизмом, не могут в полной мере осуществлять свои родительские функции и передать новому поколению средства психологической защиты, эффективного достижения целей, а также навыки адаптации и социализации. Это, несомненно, сказывается на формировании представлений о том, какой должна быть семья, об обязанностях детей и родителей, о внутрисемейных отношениях.

Условия, в которых выросли дети алкоголиков: отсутствие безусловной любви, открытого выражения чувств и других необходимых компонентов семейных отношений — оставляют их без адекватной подготовки к жизни, воспроизводя, таким образом, те же самые, лишь несколько сглаженные, негативные модели поведения в их будущей жизни. Ребенок из «алкогольной» семьи имеет намного больше шансов, чем из семьи с непьющими родителями, в последующем вступить в брак с больным алкоголизмом, наркоманией и т. д. Если это девочка, она неосознанно ищет такого партнера, с которым могла бы копировать поведение своей матери, т. е. следить за количеством выпиваемого за столом спиртного, устраивать скандалы, если супруг задержался на работе и т. д. Финалом становится нарастающая алкоголизация мужа и невротизация детей. Взрослые дети алкоголиков живут по правилам двойных стандартов: то, как было у них в детстве, и то, как нужно. Это напряжение, безусловно, не удается постоянно выдерживать, и патология передается на их детей и супругов.

Трудности во взаимоотношениях, невозможность определить или выразить чувства, низкая самооценка, склонность к приступам депрессии и беспокойства, экстремальное мышление — вот далеко не полный перечень характерных черт детей алкоголиков. У ребенка из алкогольной семьи чаще, чем из семей, в которых родители не злоупотребляют спиртным, встречаются медицинские и психологические проблемы. Среди них больше суицидальных попыток, в два раза больше вероятность раннего (до 16 лет) брака, в два раза чаще встречаются психические заболевания и отклоняющееся поведение.

ВОПРОСЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ПОДРОСТКАМИ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

1. Как быстро может развиться алкогольная зависимость?

• Алкогольная зависимость у взрослого человека формируется в течение 3–5 лет, у подростков 1,5–2 года, иногда меньше.

2. Правда ли, что прием алкоголя повышает работоспособность?

• Субъективное ощущение повышения работоспособности, нервно-психической продуктивности после приема малых доз алкоголя связано со снижением самоконтроля, с растормаживанием центральной нервной системы. В действительности же наоборот — многие ученые объективными методами выявили понижение работоспособности. Например, установлено, что прием даже 10–40 г алкоголя ведет к снижению внимания, ухудшению запоминания, искажению ритма работы, уменьшению ее скорости и продуктивности в среднем на 1,6–13%. При решении простых арифметических задач увеличивается количество ошибок. Под влиянием алкоголя в наибольшей степени страдает способность к выполнению слож-

ных заданий при дефиците времени, т. е. специфических элементов работы для целого ряда профессий.

3. От чего зависит степень опьянения?

• Степень опьянения зависит от нескольких факторов: массы тела, толщины жировой прослойки, полноты наполнения желудка, содержания принятых с пищей жиров, возраста, степени привыкания к алкоголю, усталости и т. д. Опьянение у женщин и детей наступает от меньших, чем у мужчин, доз алкоголя.

4. Какая доза алкоголя считается безопасной?

• Способность к потреблению алкоголя и оказываемый им эффект у разных людей различный. Тем не менее, считается, что безопасная доза (с точки зрения здоровья) — около 10 бокалов сухого вина в неделю для мужчин и 2/3 этой дозы для женщин. При условии, что это количество будет потребляться равномерно в течение недели, а не за 1–2 раза. Но все это не относится к людям, имеющим предрасположенность к возникновению зависимостей.

5. Как влияет алкоголь на потенцию?

• Острое алкогольное опьянение способствует более острому желанию иметь половую близость, однако физиологические возможности мужчин при этом снижаются. За счет снижения критики возрастает риск инфицирования ВИЧ-инфекцией, ИППП.

6. Как в современных условиях лечится алкоголизм?

• В последние десятилетия человечество постоянно ищет универсальный, простой и дешевый способ лечения алкогольной зависимости. Предлагаются различные системы гипноза и кодирования, хирургические методы (специальные операции на головном мозге, блокирующие центры, отвечающие за формирование зависимости), многочисленные методы медикаментозного лечения, психотерапевтические методики и реабилитационные программы. Однако действенными оказываются только те методы лечения, которые ставят своей целью научить человека жить без алкоголя. Говоря о лечении алкогольной зависимости, можно сформулировать основную цель следующим образом: зависимого человека нужно ввести в состояние ремиссии и создать условия для того, чтобы она была пожизненной. И первостепенную роль здесь играет реабилитация, прежде всего социальная.

7. Является ли пиво алкогольным напитком?

• Конечно, да. По содержанию этилового спирта одна бутылка пива эквивалентна 50 г водки.

8. Правда ли, что у людей, бросающих курить, может резко ухудшиться самочувствие?

• При отказе от курения у многих людей возникает дискомфорт, нервозность. Эти явления исчезают достаточно быстро, через 2–3 дня. Если они сильно выражены, можно принимать легкие успокаивающие средства. Обязательна физическая нагрузка. Необходимо откорректировать свой распорядок дня — при отказе от сигарет высвобождается до 2–3 часов времени.

9. Можно ли курить «легкие сигареты»?

• Так называемые «легкие сигареты» имеют в составе табачного дыма практически те же составляющие, что и обычные сигареты. Хотя исследования показывают, что сигареты с низким содержанием никотина и смол менее опасны для здоровья, чем остальные. Однако переход от обычных сигарет к «легким» не поможет, если курить больше или интенсивнее. Обычно курильщики компенсируют пониженное содержание смол и никотина, потребляя больше сигарет и глубже затягиваясь.

10. Какие средства могут помочь при отказе от курения?

• Никотиновый пластырь. Он наклеивается на тело как обычный пластырь и выделяет через кожу в организм небольшие дозированные порции никотина.

Никотиновая жевательная резинка. Она достаточно сильна и помогает даже заядлым курильщикам, но некоторые находят ее неприятной.

Никотиновый носовой ингалятор. Это один из новейших никотинозаменителей. Пользоваться им следует, если не помогли ни пластырь, ни жевательная резинка. Самым важным во всем процессе отказа от курения является искреннее желание человека отказаться от потребления табака.

По назначению врача — медицинские препараты цитизин, вареникли́н. Также при необходимости — антидепрессанты (бупропион).

Нелекарственное лечение включает когнитивную и поведенческую психотерапию. Поведенческая терапия включает в себя «самоуправление»: пациент обучается самоконтролю, записывая условия, при которых усиливается желание курить. Пациент также осуществляет контроль над стимулами, при котором побуждающие к курению стимулы исключаются из окружающей обстановки. Другие методы включают метод «никотинового затухания», обучение пациента обходиться без сигарет, предотвращение возврата к курению и формирование чувства отвращения к табаку (аверсивная терапия). Когнитивная терапия включает: а) детальный анализ мыслей, чувств и поведения курильщика; б) анализ мотивации отказа от курения и ее изменения; в) заключение терапевтического договора с распределением ответственности между терапевтом и пациентом; г) ведение дневника мыслей, чувств и поведения, а также стимулов и способов преодоления тяги; д) реструктурирование образа жизни и приобретение новых занятий.

11. Что безопасней: пить или курить?

• В результате употребления алкоголя и табака рано или поздно возникают состояния, характеризующиеся настоятельной потребностью в их приеме, т. е. формируется зависимость и привыкание. В результате злоупотребления алкоголем происходит постепенная психическая и физическая деградация личности. При курении развиваются заболевания легких, сердца и т. д. Выбор каждый оставляет за собой.

12. Как быстро может восстановиться здоровье после отказа от курения?

• Если человек вовремя бросает курить, со временем многие функции восстанавливаются:

- через 8 часов после отказа от курения содержание кислорода в крови повышается до нормальных значений;
- через 3–9 месяцев после отказа от курения функция дыхания улучшается на 10%;
- через 5 лет после отказа от курения риск развития инфаркта миокарда сокращается в 2 раза по сравнению с курящими;
- через 10 лет после отказа от курения риск рака легких снижается в 2 раза по сравнению с курящими.

Те, кто бросил курить в возрасте до 30–35 лет, имеют продолжительность жизни почти такую же, как и никогда не курившие люди.

13. Передается ли алкоголизм по наследству?

• Врачи-наркологи и психологи отмечают алкоголизм у ближайших родственников как фактор, предрасполагающий к болезням зависимости, способствующий приобщению к алкоголю и повышающий риск развития алкоголизма.

14. Можно ли вылечиться от алкоголизма с помощью иглоукалывания?

• Лечение возможно, однако эффективность этого метода весьма сомнительна и чисто индивидуальна. Это скорее метод экзотический, рассчитан на впечатлительность пациента. Само по себе иглоукалывание — хороший способ отрегулировать состояние нервной и сердечно-сосудистой системы, и это может помочь в борьбе с употреблением алкоголя. Такое лечение хорошо в комплексе — иглотерапия, гипноз, психотерапия и т. д.

15. Как можно вывести человека из запоя без врачей?

• Вывести из состояния запоя можно и в домашних условиях, но только это должен делать обязательно специалист.

16. Можно ли закодировать алкоголика без его ведома?

• Закодировать человека без его ведома невозможно. Если он не считает себя больным — практически нереально лечить его вообще.

8.4 Закрепление материала

8.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель подчеркивает актуальность проблем табакокурения и алкоголизма в республике. Обращает внимание на патологическое воздействие табака и алкоголя на человека, их причинные связи с развитием тяжелых заболеваний — рака различной локализации, ишемической болезни сердца, сахарного диабета и др., акцентирует значение курения и потребления алкоголя как этиологического фактора заболеваний репродуктивной системы, патологии плода, врожденных аномалий развития.

Психосексуальное здоровье подростков и молодежи

3 ГЛАВА



ЗАНЯТИЕ 1

Психосексуальное развитие. Проблемы сексуального здоровья детей и подростков

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: изучить психосексуальное развитие человека и его нарушения.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- определение понятия «сексуальное здоровье»;
- основную сексологическую терминологию;
- возрастные этапы психосексуального развития;
- основы формирования психосексуальных ориентаций;
- последовательность появления половых признаков у девочек и мальчиков;
- типы половой конституции и их особенности;
- психологические типы половых партнеров;
- основные формы психосексуальных отклонений;

б) должны уметь:
- оказывать консультативную помощь по вопросам психосексуального здоровья;
- отличать признаки нормальной и патологической сексуальности.

Время: 4 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
1.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
1.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
1.3	Изучение темы «Психосексуальное развитие. Проблемы сексуального здоровья детей и подростков». Вопросы темы: 1. Введение. Определение понятия «сексуальное здоровье». 2. Психосексуальное развитие человека. 3. Формирование полоролевого поведения. 4. Формирование психосексуальных ориентаций. 5. Половое созревание. 6. Динамика сексуального поведения. 7. Психология и сексуальность. 8. Нарушения психосексуального развития. 9. Сексуальное насилие 10. Сексуальное просвещение. 11. Вопросы, наиболее часто задаваемые подростками врачам-сексологам.	Лекция (презентация)	160 мин
1.4	Закрепление материала.		10 мин
1.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

1.1 Организационный момент

1.2 Актуальность темы

Формирование личности мужчины и личности женщины должно начинаться с раннего детства. Вместе с тем проблеме психосексуального здоровья в нашем обществе уделяется недостаточное внимание. Особая актуальность этого вопроса связана с низкой информированностью как педиатров, так и врачей других специальностей с этапами психосексуального развития человека, формированием полоролевого поведения и психосексуальной ориентации, нарушениями психосексуального развития.

1.3 Психосексуальное развитие. Проблемы сексуального здоровья детей и подростков

Введение. Определение понятия «сексуальное здоровье»

Человеческая личность проявляется мириадами способов, одним из которых является сексуальность, влияющая на мысли, чувства, взаимодействия и действия и способствующая той энергии, которая побуждает людей искать любви, контакта, тепла, близости и достигать психического и физического здоровья. Однако сексуальность может иногда выражаться и таким образом, когда ставится под угрозу здоровье как отдельных лиц, так и семей (инфекции, передаваемые половым путем; нежелательная беременность, насилие и т. д.). Сексуальность человека и отношение между полами непосредственно влияют на способность молодых и взрослых людей поддерживать общее здоровье.

Сексуальность человека оказывает воздействие на здоровье и развитие независимо от того, ведет она к деторождению или нет. Перед лицом социальных и экономических потрясений, эпидемии ВИЧ/СПИДа нельзя не признать, что здоровая сексуальность в настоящее время является фундаментальным вопросом гуманитарного развития. Более того, обеспечение эффективной первичной медико-санитарной помощи в области охраны репродуктивного здоровья должно основываться на принципах укрепления здоровья каждого человека независимо от его намерений иметь или не иметь детей. Поэтому предоставление людям знаний и возможностей, которые требуются им для охраны себя и других от небезопасного выражения сексуальности, было и остается чрезвычайно важным, особенно в современном мире в связи с ослаблением традиционных ограничений в отношении полового поведения, растущим сексуальным насилием и распространением инфекций, передаваемых половым путем.

Несмотря на значительные трудности формулирования приемлемого определения сексуального здоровья, эксперты ВОЗ (1977) пришли к заключению, что «сексуальное здоровье есть комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви».

Основы здоровой и приносящей удовлетворение сексуальности закладываются еще в детстве. Поэтому половое воспитание следует расценивать и проводить как часть процесса формирования личности; оно должно включать в себя не только проблемы здоровья, но и моральные, правовые, культурные и этические аспекты. Ошибочно ассоциировать половое воспитание лишь с освещением вопросов контрацепции и защиты от инфекций, передаваемых половым путем. Прежде всего, в задачу полового воспитания входит формирование у молодых людей ответственного отношения к своему здоровью, половой жизни, включая воздержание, к принятию осознанного решения и обучение умению сказать «нет». Повышение информированности подростков по вопросам взаимоотношения полов следует рассматривать как одну из основных мер сохранения репродуктивного здоровья молодого поколения.

Таким образом, сексуальное образование должно быть направлено не только на то, чтобы уберечь подростков от раннего начала половой жизни, но и на то, чтобы научить их осознанно и ответственно относиться к этой важной стороне человеческой жизни.

Для того чтобы ориентироваться в проблеме сексуального и репродуктивного здоровья детей и подростков, необходимо располагать информацией по следующим вопросам:

1) психосексуальное развитие человека;
2) нарушения психосексуального развития;
3) сексуальное насилие;
4) программы полового воспитания.

Психосексуальное развитие человека

При описании половой социализации человека используют понятия «половой» и «сексуальный». Термины «пол», «половой» (в иностранной литературе синонимами являются термины «гендер», «гендерный») отражают любые свойства (биологические, психологические, социальные и др.), связанные с принадлежностью к мужскому или женскому полу. Термины «сексуальность», «сексуальное» описывают только те свойства и отношения, которые касаются генитально-эротической сферы (сексуальное влечение, сексуальные переживания, сексуальное поведение и др.), т. е. все то, что связано с инстинктивной потребностью в продолжении рода.

Формирование сексуальности представляет собой сложный процесс, начинающийся в эмбриональный период онтогенеза и заканчивающийся половой зрелостью.

Генетический пол детерминируется набором половых хромосом, определяющих гонадный пол.

Гонадный пол в свою очередь обусловливает *гаметный пол* (способность половых желез к образованию сперматозоидов или яйцеклеток) и *гормональный пол* (способность половых желез вырабатывать специфические половые гормоны), от чего зависит *морфологический (соматический) пол*, в том числе и половая дифференцировка мозга.

Гражданский пол определяется при рождении по первичным половым признакам. В дальнейшем происходит соматополовое развитие — развитие первичных и вторичных половых признаков — и психосексуальное развитие — *становление полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации*, связанное с социализацией сексуальности, половым воспитанием и сексуальным просвещением, этническими факторами и личностными особенностями. Под влиянием этих условий формируется психологический пол.

Паспортный пол оформляется в соответствии с гражданским полом после достижения человеком определенного возраста, разного в каждой стране.

По завершении соматополового и психосексуального развития формируется *психоморфологический, или психосоматический, пол*. Таким образом, основы сексуального здоровья человека закладываются еще в эмбриональный период развития, когда происходит дифференцировка пола, в дальнейшем оно зависит не только от биологических, но и, в не меньшей мере, социальных и психологических факторов — общей и сексуальной культуры, мотивации сексуального поведения и степени адаптации сексуальных партнеров на всех уровнях взаимодействия.

Следует отметить, что даже вполне нормальное биологическое развитие, включающее пре- и постнатальный периоды, само по себе не делает человека мальчиком или девочкой, мужчиной или женщиной в социально-психологическом и личностном смысле. Биологические характеристики должны быть дополнены психологическим полом, который включает в себя половую идентификацию, стереотипы полоролевого поведения и психосексуальные ориентации.

Почти все характеристики личности являются не просто возрастными, а половозрастными, и самая первая категория, в которой ребенок осмысливает собственное «я», — это половая принадлежность.

По мнению большинства исследователей, первичная половая идентификация (знание своей половой принадлежности) формируется к 3 годам и служит наиболее устойчивым, стержневым элементом самосознания. Большинство детей 2,5 лет не могут правильно отнести себя к тому или иному полу, тогда как в 3 года $^{2}/_{3}$ детей делают это верно. Однако уловить точное время возникновения половой идентичности сложно, так как единственным способом ее определения становится ответ ребенка на вопрос «Кто ты — мальчик или девочка?» Естественно, что на становление половой идентификации влияет общее интеллектуальное развитие ребенка, нередко зависящее от множества факторов, в том числе социальных.

С возрастом понятие половой идентичности, сохраняясь в своей сути, изменяется по объему и содержанию. Так, 3-летние дети знают свой пол, но еще не умеют обосновать эту атрибуцию. К 4 годам ребенок четко различает пол окружающих его детей, хотя и ассоциирует его с внешними, часто случайными признаками. Дети 3–4 лет допускают принципиальную возможность изменения пола, хотя на вопрос «Кем ты хочешь быть — мальчиком или девочкой?» большинство детей 3–4 лет отвечают, что хотят остаться в своем поле. Это свидетельствует о том, что в 3–4 года половая аутоидентификация дополняется таким важным понятием, как полоролевое предпочтение. Примечательно, что во всех возрастных периодах предпочтение своей половой роли больше выражено у мальчиков.

В 6–7 лет большинство детей окончательно осознают необратимость (константность) своей половой принадлежности. Этот момент становится одним из основных этапов формирования половой аутоидентификации. На протяжении всего периода становления полового самосознания ребенок в играх, при расспросе взрослых или сверстников накапливает достаточно знаний о строении гениталий у лиц своего и противоположного пола, механизмах деторождения и т. д. По-видимому, эти знания необходимы для формирования половой идентификации, этим можно объяснить, что в возрасте 2–5 лет усиливается интерес детей к своим гениталиям. Половина детей этого возраста манипулируют ими. В возрасте 4–5 лет весьма часты игры с раздеванием, изучением гениталий (игры в «папу—маму», «доктора»), которые по существу представляют собой исследование (доступным ребенку способом) половых различий.

В 6–7 лет, т. е. к моменту осознания необратимости половой принадлежности, достаточно подробные сведения о различии в строении мужских и женских гениталий имеют 61% девочек и 52% мальчиков. Представления о деторождении, включая родовой акт, имеют в этом возрасте около 30% детей, причем каждый 5-й мальчик и каждая 10-я девочка учитывают роль отца в этом процессе.

Становление необратимости половой принадлежности совпадает с бурным усилением половой дифференциации, деятельности и установок: мальчики и девочки по собственной инициативе выбирают разные игры и соответствующих партнеров, в чем проявляются неодинаковые интересы, стиль поведения и т. д. Эта стихийная половая сегрегация способствует кристаллизации и осознанию половых различий.

Среди множества незримых нитей, связывающих ребенка с матерью, важнейшую роль играет телесный контакт между ними, ласка в любой форме. Испытывая периодически приступы тоски и одиночества, мы каждый раз хотим убедиться, что мы любимы, не покинуты, нужны и желанны, и сделать это можно лишь при физическом контакте, прикосновении, ласке, исходящей от самого близкого тебе человека.

Чрезвычайную важность телесного контакта для полноценного развития, в том числе и сексуальности, убедительно доказали в своих экспериментах на обезьянах американские психологи Гарри и Маргарет Харлоу.

Обезьянок, изолированных от матерей сразу после рождения, кормили «искусственные мамы»: одна в виде проволочного каркаса, другая — из плюша или мохнатой, похожей на шерсть материи. Сосали детеныши от обеих «мам» одинаково, но время в промежутках между кормлениями они проводили рядом с мохнатой мамой или прижавшись к ней и не подходили к проволочной. Возясь с игрушками в вольере, обезьянки время от времени прекращали игру, бежали к мохнатой маме, дотрагивались до нее или какое-то время проводили, уцепившись за ее тело, и затем вновь возвращались к своим играм. Если в клетку вносили какие-то новые или необычные предметы, обезьянки также бросались к «матери» и, забравшись на нее, разглядывали новую вещь. Затем с большими предосторожностями обезьянки начинали обследовать новый предмет, временами вновь возвращаясь к «маме» с «подробным отчетом». Если же мохнатую маму заменяли проволочной, то поведение детеныша менялось кардинально: он сидел в углу, уткнувшись мордочкой в пол, и дрожал от страха, царапал себе лицо и тело, криком и плачем выражал свое отчаяние.

«Мохнатая мама» кормила обезьянку, была спокойна и терпелива, никогда ее не наказывала, но и не проявляла чувства любви — не ласкала и не баловала. Как оказалось, это привело к печальным последствиям. Обезьянки повзрослели, и выяснилось, что они не умеют спариваться и вообще вели себя так, будто были бесполыми. Будучи искусственно оплодотворенными и родив собственных детей, они не проявляли к ним никакого интереса, сторонились их, не пытались играть с ними, прижимать к себе, что делали обычно все мамы-обезьяны контрольной группы. Иными словами, эти мамы вели себя также индифферентно по отношению к своим детям, как с ними вели себя их искусственные мамы. Если детеныш был чрезмерно настойчив в поисках материнской ласки, мамы отвечали агрессией: так, своему малышу одна из мам откусила пальцы, другая раскусила своему детенышу голову.

Поведение обезьянок, выросших с искусственными мамами, но имевших возможность с самого раннего детства общаться со сверстниками, оказалось нормальным и ничем не отличалось от поведения обезьян, выросших с обычными мамами. Сравнивая итоги эксперимента с нормальными условиями жизни обезьян, ученые пришли к выводу, что «исключительно важная фундаментальная функция материнской любви — это направлять игру малышей так, чтобы они играли со сверстниками вместе, а не порознь. Материнская любовь оказалась важным этапом в развитии любви к сверстникам».

Видимо, и человеческий ребенок ищет материнской ласки, обретая уверенность и подавляя собственный страх. Чрезвычайно важная функция материнской любви — регулировать первые младенческие игры по исследованию живой и неживой природы. В процессе познания зарождается новая, более развитая форма любви — любовь к сверстникам, достигающая своего пика в процессе общения, игр.

Формирование полоролевого поведения

Общение друг с другом происходит, как правило, в однополых группах, в тех уличных компаниях, через которые прошли все или почти все взрослые. В этих группах дети не только получают самую разнообразную информацию по любым аспектам жизни, но и апробируют, закрепляют или отбрасывают те мужские или женские качества и стили поведения, без которых затруднено или вообще невозможно общение с противоположным полом. Объединяясь в играх и разъединяясь в войнах, разнополые компании учатся главному — умению общаться друг с другом. На глазах, порой с личным участием разворачиваются самые немыслимые сценарии знакомств, влюбленностей, ссор, ревности, разлук. Пропуская все увиденное и услышанное через собственную систему морально-нравственных, этических и эстетических ценностей, дети невольно дают происходящему свою оценку, отбирая в арсенал будущих действий с противоположным полом те, которые наиболее полно отвечают их личности. И чем больше в багаже оказывается такого опыта, тем шире и богаче выбор возможностей познакомиться и поддержать знакомство. Отсюда вполне естественно можно предположить, что если ребенок в силу каких-то причин был лишен возможности общения со сверстниками, то этот пробел в будущем будет восстановить довольно трудно. Ведь он так и не стал свидетелем знакомств, разочарований, влюбленностей своих друзей, не пережил все это эмоционально за них, не дал оценки того или иного стиля отношений лиц разного пола при контактах. И поэтому самое главное и трудное, что ему предстоит, — это научиться самому, без подсказки, не обладая положительным или отрицательным опытом своих друзей, приобрести свой собственный опыт знакомства, поддержания отношений, особенно первых, самых трудных шагов, после знакомства с понравившимся человеком. Как оказалось, под силу это далеко не каждому. Испытывая естественное желание любить и быть любимым, желая общаться с любимым человеком, предаваясь, порой самым смелым фантазиям, некоторые так и не рискуют раскрыться, обратить внимание на свои чувства. Виня себя за очередную нерешительность, человек порой переживает не одну влюбленность, но так и остается в одиночестве.

Самоутверждение личности как представителя того или иного пола практически всегда происходит полноценно лишь в однополой группе, будь то дворовая компания, спортивная секция или коллектив одноклассников. В этих группах, имеющих, как правило, небольшую возрастную разницу, и формируются мужские и женские идеалы физической привлекательности и форм поведения. Проводя со своей группой большую часть свободного времени, подросток получает самую обширную информацию о различных аспектах окружающей его жизни, в том числе и ту, которая касается всеобъемлющих отношений между мужчиной и женщиной. Обычно в группах существуют различные точки зрения, и каждый член группы свободен в выборе способа реагирования на то или иное событие, обсуждаемое или переживаемое группой. Важно, что он становится не только участником чисто теоретических споров, но и эмоциональным свидетелем различных стилей знакомств, ухаживаний, влюбленностей, ссор, переживаний своих сверстников. Это во многом способствует формированию личности будущих мужчины и женщины, позволяя общаться с лицами противоположного пола на основе усвоенного в группе опыта и собственных морально-этических установок.

Микроклимат этих групп самый различный, вплоть до криминального. Но и это ставит перед подростком проблему выбора: либо принять установки данной группы, ее психологию, либо расстаться по моральным соображениям.

В возрасте 12 лет, с колебанием в два года в обе стороны от этой цифры, большинство детей вступают в возраст полового созревания. Этот период во многом критический, так как если до этого возраста оценка происходящего шла на уровне сознания, то теперь на процесс взросления все активнее влияют половые гормоны, резко обостряя эмоциональную напряженность между полами.

Желание любить и быть любимым — естественное желание, которое сопутствует индивидууму начиная с момента рождения. Любовь к матери, отцу, сверстникам дополняется с взрослением неясным влечением к лицам другого пола. Хочется найти человека, тебя понимающего, интересного внешне и внутренне. Это желание заставляет быть морально готовым к подобной встрече, которая может произойти через пять минут или пять лет.

Формирование психосексуальных ориентаций (формирование платонического, эротического и сексуального либидо)

Чем старше становится школьная или дворовая компания мальчиков или девочек, тем чаще заводятся разговоры о противоположном поле, обсуждаются их поступки, вырабатываются планы встреч или «расчетов». Здесь ярче и четче проявляется степень психосексуальной зрелости сверстников, когда взгляды одних еще фактически детские, другие же проявляют все более зрелый интерес.

Рано или поздно, но у всех появляется потребность в друге противоположного пола. Свои фантазии по этому поводу часто не доверяются даже лучшему другу, но они есть. Это фантазии о романтических встречах, прогулках, беседах, знаках внимания и т. д. Если в своем развитии подросток вступил в этап развития своей сексуальности (так называемый этап формирования психосексуальной ориентации), то для первой его стадии — формирования платонического либидо — характерно увлечение романтической литературой, поэзией, воспевающей чувства влюбленных. То, над чем подросток смеялся еще 2–3 года назад, сейчас вызывает неподдельный интерес, заставляет переживать за героев, ставить себя на их место.

Постепенно вырабатывается своеобразный, индивидуальный для каждого эталон желанного «рыцаря» или «принцессы», который подросток сознательно или подсознательно начинает искать вокруг себя.

В этой связи предстоит очень важный и для многих почти непреодолимый этап — знакомство с понравившимся человеком.

Знакомство

У каждого человека масса знакомых людей обоего пола. Это и соседи по дому, и старые школьные друзья, и коллеги по работе или учебе. Кроме этого, каждый новый день может привести к очередному знакомству практически в любом месте: в транспорте и на улице, в кино и на вечеринке у друзей, на танцах и по месту работы, на собрании. Иной очередной знакомый интересен лишь, когда идет беседа, и назавтра уже с трудом вспоминается его имя… А вот с другими происходит совершенно противоположное. Даже спустя много лет до деталей помнится встреча, раз за разом извлекается из памяти каждое слово, каждый жест, заново переживается свое состояние удивительного волнения и радости. И совершенно неважно, по какому поводу, где и когда состоялось знакомство. Новый знакомый сразу заинтересовывает, и трудно сказать, чем это вызвано: его ростом или формой лица, тембром голоса или особенностями фигуры, одеждой или улыбкой. Некоторые ученые считают, что все наследственно закодированы на восприятие того или иного физического признака, будь-то рост, фигура, форма ушей или носа, цвет глаз или волос. Первое очарование от встречи настраивает на дальнейшее «исследование» нового знакомого. И каждый новый жест, взгляд, фраза проходят своеобразный контроль качества, идет «примерка» с созданной идеальной моделью того «единственного». Видимо, у каждого человека по мере взросления, общения с десятками и сотнями людей постепенно вырабатывается свой, индивидуальный образ, который особенно интересен. Отсюда новому знакомому прощаются и изъяны в фигуре, и стиль одежды, и скрипучий голос, и многое другое, одновременно выделяются те качества, которые компенсируют недостатки. В подобных случаях интерес к нему возрастает, и появляется желание продолжить общение, чтобы лучше узнать человека, получить интересующую информацию. Знакомство переходит в дружбу, правда, для этого необходимо, как минимум, его согласие.

Юноши при знакомстве в большей степени обращают внимание на особенности фигуры девушки, ее умение красиво и со вкусом одеваться, пользоваться косметикой, аккуратность, веселый нрав, чувство юмора и даже умение хорошо танцевать. Возможно, последнее качество подсознательно расценивается как возможность максимального раскрепощения — некоторые сексологи расценивают танец как один из суррогатов половой жизни, демонстрирующий половой темперамент.

Девушки больше интересуются высокими и симпатичными ребятами, решительными, смелыми, с уверенным взглядом, с приятным голосом и обладающими чувством юмора. Немаловажным оказывается и умение хорошо танцевать, возможно, и здесь идет проверка полового темперамента.

Но решиться познакомиться с понравившимся человеком могут все же далеко не все. Строгое воспитание, отсутствие друзей, навыков знакомств, явные или вымышленные физические недостатки, особенности характера в виде скрытности, нерешительности, робости заставляют страдать, но так и не решиться сделать шаг навстречу. Таких молчаливых увлечений может

быть великое множество, порой это становится жизненной трагедией. Чем раскрепощеннее, увереннее в себе человек, грамотнее и культурнее, тем легче словами и действиями привлечь к себе внимание, выразить свои чувства.

Ухаживание

Вслед за знакомством наступает обычно период кратковременных или продолжительных встреч, которые помогают лучше оценить личностные качества друг друга. Специалисты называют оптимальный срок добрачного ухаживания от 6 месяцев до 1,5–2 лет. Правда, здесь имеются свои «подводные камни». Во-первых, при редких и непродолжительных встречах впечатление от человека обычно остается поверхностным, и легко обмануться в своих ожиданиях. Ведь выглядеть галантным и щедрым, модным и веселым 2 часа в неделю легче, чем проявлять даже только эти качества постоянно. Ценным является совет девушкам давать «выговариваться» своему новому знакомому: «Через месяц он начнет повторяться, а через 3 месяца станет нестерпимым. Поэтому не спешите с выводами за 2–3 встречи, как бы вы ни были очарованы его обаянием».

Ученые отмечают несколько важнейших функций периода ухаживания для благополучной будущей семейной жизни. Первое — это накопление совместных переживаний и впечатлений. Конечно, это требует частых встреч и совместных переживаний одних и тех же событий, причем надо отмечать для себя реакцию своего знакомого на них. Часто именно к этой эмоциональной оценке и обращаются супруги, вспоминая свое добрачное состояние. Второе — более глубокое узнавание друг друга в различных ситуациях и формирование чувства его (ее) «единственности». Частые встречи в различных ситуациях, в различных компаниях помогают лучше узнать характер человека, когда порой физическая красота и вокальные способности затмевают терпимость, доброту, сдержанность, сопереживание, готовность к сотрудничеству.

Этап знакомств, встреч, разочарований и новых знакомств почти у всех не проходит гладко. Порою охлаждение чувств к новому знакомому, наоборот, может совпасть с ростом его заинтересованности. Либо череда новых знакомств начинает волновать родителей, упрекающих своих детей в ветрености, беспринципности и т. д. Но ведь как раз молодой человек и проявляет свою принципиальность, отстаивает свой желанный эталон, имея мужество отказаться от ненужных встреч. Гораздо хуже, когда во имя спокойствия родителей или под угрозами «любимого» или «любимой» расстаться, например, с жизнью остаются с нелюбимым. И вынуждены платить за этот поступок собой, своими чувствами, своей судьбой.

Если не мечтается о встрече с ним, если нет чувства сожаления, что его нет рядом, когда хорошо или очень плохо, если мысли о его существовании не дают силы и уверенности — такой человек не нужен. Природа не терпит пустоты, и через некоторое время вновь возникает потребность общаться с новым (или уже ранее знакомым) человеком, дарить и получать знаки внимания. Параллельно может быть несколько таких увлечений и даже влюбленностей. Идет выбор наиболее достойного, именно он или она постепенно оттесняют остальных и становятся главным объектом внимания.

Влюбленность — это опьянение любовью. О влюбленных написаны тысячи поэм и сонетов, романов и легенд, воспевающих комплекс чувств, без которых жизнь человека неполная и неполноценная.

Влюбленные остро чувствуют состояние друг друга, нередко оценивая поступки и переживания другого лишь в той плоскости, в которой ему хотелось бы, не видя или не желая видеть те недостатки, которыми обладает возлюбленный. Посмотреть «трезвыми» глазами на объект своего обожания влюбленный не способен, как не может трезво оценить ситуацию пьяный человек. Попытки близких друзей «открыть» глаза на объект влюбленности заранее обречены на неудачу, ибо влюбленный видит лишь то, что желает видеть.

Однако влюбленность не может длиться бесконечно, и максимум через 1,5 года (по мнению психологов) наступает прозрение или влюбленность переходит в более глубокое и зрелое чувство — любовь.

Если же в период влюбленности происходит разрыв, а влюбленность прошла лишь у одного, разрыв сопровождается эмоциональными сценами со слезами и просьбами, угрозами уйти из жизни и реальными попытками самоубийства. Однако после столь бурных эмоций довольно быстро наступает облегчение и успокоение. Конечно, если влюбленность не успела перерасти в любовь. При расставании в состоянии влюбленности не успевает произойти «врастание» личности в личность, и поэтому разрыв хоть и болезнен, но все же не требует «хирургического вмешательства на душе». Расставание любящего — это именно такая болезненная

процедура, и, как любое подобное воздействие, она неизменно оставляет след. Порою эти шрамы сказываются и на всех последующих отношениях с противоположным полом в будущем.

Естественное желание влюбленных — остаться наедине с объектом обожания, когда часы в объятиях пролетают, как минуты. В промежутках между встречами буйная фантазия рисует немыслимые ситуации, в которых, конечно же, объект влюбленности проявляет себя достойно и становится еще более привлекательным. В подобные платонические страдания постепенно вплетаются и эротические фантазии, желание дотронуться до любимого человека. Пока это только фантазии, и до их реализации дело может не дойти, но они свидетельствуют о переходе личности из одного состояния любви — платонической в другую, более зрелую — эротическую, наполненную чтением любовной литературы, поиском соответствующих видеофильмов, увлеченными разговорами на любовную тему. Соответственно этому и сны могут приобретать свой специфический характер.

Эротические сновидения

Все видят сны. Они бывают разные. В том числе и такие, когда в них присутствуют сексуальные действия, заканчивающиеся иногда оргастической разрядкой. Эротические сновидения учащаются с достижением половой зрелости, когда половые гормоны и определенные структуры головного мозга, взаимно влияя друг на друга, «выдают» эротическую «продукцию» на подсознательный уровень.

Часто эротические сновидения появляются при половом воздержании и исчезают при регулярной половой жизни. У юношей, не живущих половой жизнью и не мастурбирующих (или делающих это редко), накопившаяся сперма тонизирует психику, провоцируя соответствующий сон. Имеет значение и то, что видит человек во сне. Многие начинают догадываться о своей бисексуальности или гомосексуальности лишь по монотонному повторению соответствующих снов. Во сне сексуальные действия во многом повторяют реальное половое поведение, но имеются и отличия. В основном во сне «проигрываются» подавленные, вытесненные (по Фрейду) действия, реализовывать которые индивидуум не решается по разным причинам. Многие пациенты кабинетов сексопатологии даже отказываются обсуждать с врачом эти сновидения, «потому, что стыдно говорить об этом». Некоторые специалисты считают, что все сексуальные проявления, по тем или иным причинам «вытесненные» в подсознательное и нереализованное наяву, возвращаются в виде эротических сновидений, проявляя тем самым сущность человека. Если у мужчин подавляющее большинство таких снов заканчивается поллюцией, то у женщин эротические сновидения долго могут содержать лишь очень робкие и несмелые действия, так и не заканчивающиеся разрядкой даже во сне. Правда, по мере зрелости эротические сны учащаются и внезапно заканчиваются новым необычным чувством. Видимо, с этого момента женщина (девушка) становится способной на оргазм и наяву, а не только во сне. Это хороший прогностический синдром, и, «научившись» оргазму во сне, она, как правило, оказывается в состоянии его достигать и при мастурбации, петтинге, половом общении, хотя некоторое время этот диссонанс все еще может сохраняться.

Ласки

На этапе эротического фантазирования проигрываются те или иные ласки, которыми влюбленные обмениваются друг с другом. Диапазон этих ласк — от самых невинных прикосновений к руке до страстных поцелуев, в том числе самых интимных мест — во многом зависит от чувств к избраннику, уровня половой и общей культуры человека, полового воспитания, черт характера, степени доверия к партнеру, половой конституции и т. д.

Все люди любят ласку, правда, одни предпочитают ее дарить, а другие получать. Эротические ласки можно расценивать как воздействие на различные органы чувств человека с целью зарождения и роста сексуального возбуждения.

Виды ласк проигрываются в фантазиях каждого влюбленного, но, как оказалось, лишь 10–15% ожидаемых ласк партнеры получают в действительности. Что это? Различный подход к ласкам у мужчин и женщин? Или смелость — реализовать с нравящимся человеком лишь десятую часть сексуальных фантазий, чего-то все же опасаясь? Наверное, и то, и другое.

Подавляющее большинство юношей предпочитают свой собственный стиль ласк, мало ориентируясь на чувства партнерши и стараясь больше насытить собственный сенсорный и эмоциональный голод. Многие девушки легко настраиваются на предлагаемую модель любви и не испытывают никакого дискомфорта месяцами и даже годами. Другие рано или поздно на-

чинают уставать от стереотипных действий, слов и ласк своего избранника, но так и не решаются предложить ему хоть часть собственного сексуального сценария. И все же многие, особенно девушки, считают, что хоть ласки и приятны и нет желания от них отказываться, но всепоглощающего желания слиться воедино они не вызывают. Почему это происходит?

В основе полового чувства мужчины и женщины лежат разные психолого-физиологические механизмы. Юношам с появлением поллюций и мастурбации уже знакомо чувство оргазма, и большинство контактов с лицами противоположного пола реализуется с целью снятия напряженности и получения этого желанного чувства. Поэтому сексуальным партнером может явиться человек, к которому он не испытывает даже симпатии, не говоря уже о большем. Тем более, что в состоянии алкогольного опьянения (а именно так совершается подавляющее большинство случайных связей) требования к партнеру резко снижаются. Многие специалисты считают, что большинство молодых людей живут половой жизнью с женщинами, к которым, в принципе, безразличны, и берегут тех, кого считают потенциальными женами. Настойчивые требования близости, угроза уйти в случае отказа крайне редко слышит действительно любимая девушка или женщина.

У девушек появление менструаций совпадает с обострением желания любить и нравиться. Отсюда — увлечение, порой чрезмерное, модой или косметикой, желание не отставать от других — курение и даже поспешное вступление в половую жизнь, чтобы быть «как все». Наиболее ущемленной считает себя та, на которую юноши мало обращают внимания, и безотказное ее поведение — чаще всего лишь попытка хоть таким путем получить «свою» долю ласк и внимания. Многим из них суждено быть лишь сексуальной партнершей у все новых «страждущих» ее мужчин.

Сексологи считают, что у подавляющего большинства молодых девушек нет желания вступать в половую связь. У них еще не сформировалась сексуальная стадия полового влечения, которая формируется далеко не сразу после начала половой жизни. И рождается сексуальное чувство не вдруг, а под воздействием удовлетворения эротических чувств: мыслей о красивой любви, от благородных поступков, смелых действий, ласковых слов и нежных объятий. По мере встреч с нравящимся человеком появляется все больше желания остаться с ним наедине, дотронуться до него, услышать нежные слова, почувствовать его руки. Чем больше включается в работу «телесный» фактор, тем выше уровень зрелости сексуальности девушки, тем острее желание физического контакта. Таков естественный ход развития женской сексуальности, необходимый для становления полноценной женщины.

Существует понятие «**эрогенные зоны** человека». Гораздо тщательнее и детальнее они изучены у женщин, и от правильности, своевременности и даже последовательности нежных прикосновений нередко зависит и уровень полового возбуждения женщины. Параллельно с уровнем роста половых гормонов, вырабатываемых взрослеющим организмом, идет созревание специфических участков головного мозга, отвечающих за половое чувство, и периферических участков удовольствия — эрогенных зон. Некоторые сексологи относят к эрогенным зонам и все органы чувств человека, что является правильным. Пока эрогенные зоны не «созрели», они слабо реагируют на ласку, хотя такая же безразличная реакция может быть и ответом на запретную ласку, страхом строго воспитанной девушки, стимуляцией в неадекватной обстановке или нелюбимым партнером.

Девушки обычно не знают своих эрогенных зон и даже не предполагают, как их тело отреагирует на ту или иную ласку. Найти эрогенные точки, определить их значимость для данной девушки можно лишь в объятиях **любимого** человека, и совсем не обязательно вступать при этом в полноценный половой контакт. В эротических ласках идет проверка и отбор значимых участков тела для полового чувства данного человека. Но для этого должно быть одно главное условие. Ласки должны исходить от желанного партнера и быть именно ласками, а не прелюдией к насилию, пусть даже добровольному.

У мужчин эрогенных зон значительно меньше, чем у женщин, хотя утверждают, что главной является зрение: «мужчина любит глазами, женщина — ушами». Кроме зрения у мужчин эрогенными зонами являются область половых органов, губы. Сексологи утверждают, что с возрастом мужчины значение ласк для сохранения потенции возрастает. Происходит это обычно в 32–35 лет.

У женщины специалисты насчитывают только основных 22 эрогенных зоны, хотя по мнению польских сексологов «вся кожа женщины является эрогенной зоной, если ее ласкают руки любимого мужчины». Следует заметить, что многие эрогенные зоны с возрастом, стажем половой жизни, родами и т. д. меняются.

Что-то в поступках и ласках партнера другой партнер принимает, допускает, а что-то вызывает настороженность, расценивается как «ненормально», порою даже «рискованно». У каждого человека существует свой **диапазон приемлемости,** под которым понимают совокупность поступков и воздействий на определенные участки тела обоих партнеров, расцениваемых как проявление чувства, ласки, а не как извращение и разврат. Все, что в данное время человек не включил в свой диапазон приемлемости (слова, действия, позиции коитуса и т. д.), оценивается негативно и может затормозить или полностью погасить любовное чувство.

Принято считать, что диапазон приемлемости у мужчин шире, чем у женщин, хотя подобное утверждение слишком категорично. Как правило, широта его у разных людей различная, и лишь постепенно, по мере встреч, происходит выравнивание диапазонов у обоих любящих, как правило, в сторону расширения. Партнер с узким диапазоном приемлемости не может сразу принять и правильно оценить те действия партнера, которые в данный момент он еще не включил в свой диапазон приемлемости. Внезапное, резкое его расширение может вызвать негативную реакцию, оцениться как непозволительная вольность и даже привести к разрыву отношений.

Лишь любовь и доверие к действиям партнера расширяет узкие диапазоны, давая возможность паре наслаждаться чувствами. Естественным продолжением отношений с адекватным партнером является появление сексуальных фантазий, связанных с реализацией индивидуального сексуального сценария. Сюда входят виды ласк, позиции коитуса, желательность того или иного поведения партнера и многое другое.

Половое созревание

В период полового созревания под воздействием возрастающего количества половых гормонов в крови тело ребенка постепенно начинает приобретать характерные черты его пола, принимать тот вид, который его радует, но нередко пугает и разочаровывает. Изменяется пропорция тела, идет отложение жира в определенных местах, меняется голос, внешний вид, и все это, как проявление вторичных половых признаков, имеет свою последовательность, свою логику проявлений.

Первым заметным признаком полового созревания можно считать нагрубание молочных желез. Через 2–3 года после этого следует ожидать появления первой менструации, через 3–8 месяцев — появление первых волос на лобке. Полный рост молочных желез завершается за 4 года, оволосение лобка — за 2–3 года.

Появление первых волос на теле приходится, как правило, на лобковую область как мальчика, так и девочки, что обычно с гордостью замечается. И если их интенсивный рост в дальнейшем (и не только на лобке) мальчиками только приветствуется и иногда является причиной зависти друзей, то оволосение тела, кроме лобковой области, большинство девушек ввергает в смятение. Особенно когда густые и темные волосы появляются на лице, ногах или вокруг сосков. Иногда это может быть признаком **гирсутизма**, своеобразного заболевания, выражающегося в избыточном оволосении лица и тела женщины. Чаще это следствие повышенной выработки мужских половых гормонов при некоторых заболеваниях яичников и надпочечников. В этом случае происходит тщательное удаление, вырывание каждого «лишнего» волоска или даже бритье. Но чаще всего это не помогает, и процедуру эпиляции приходится повторять вновь и вновь, бесконечное число раз. Для установления причины гирсутизма необходимо провести исследование крови с целью определения количества мужских половых гормонов. Только выявив причину расстройства, можно повлиять на уменьшение выработки мужских половых гормонов и прекращение роста волос.

Иногда анализы свидетельствуют, что количество мужских половых гормонов не превышает норму и причиной интенсивного роста волос является индивидуальная повышенная чувствительность волосяных мешочков девушки к стимулирующему действию андрогенов. И только тогда процедура эпиляции эффективна. Лучше, конечно, проводить ее в условиях косметологических центров или салонов красоты.

Еще одной проблемой является появление угрей. Их называют юношескими или обыкновенными угрями. Усиленная деятельность в юности сальных и потовых желез вызывает закупорку их выводных протоков. Это приводит к появлению на коже лица, груди, верхней части спины гнойничков и красных пятен. Естественно, они вызывают, особенно у девушек, приступы отчаяния и душевной депрессии. Многие самостоятельно выдавливают содержимое воспалившихся волосяных мешочков, закупоренных сальной пробкой. При соблюдении правил гигиены, аккуратной обработке кожи дезинфицирующим раствором и при единичных угрях это возможно. Однако когда угрей много, лучше обратиться в поликлинику к дерматологу или в косметологи-

ческий центр. Угри имеют тенденцию появляться вновь, особенно после приема острых блюд, кофе, какао, кондитерских изделий, перед менструацией, при сильных волнениях.

Существует мнение, что угри исчезают с началом половой жизни. И некоторые девушки идут на это, лишь бы выглядеть привлекательно. Но специалисты такой связи не находят.

Молочные железы

Женские молочные железы играют эротизирующую роль в жизни людей многих культур. Такое же отношение к груди остается и у наших современников, являясь предметом гордости одних и печали других. Молочная железа начинает свой рост примерно с 10–12-летнего возраста, хотя это может случиться и в 8,5 и в 13 лет.

Девушки по-разному реагируют на начало роста молочных желез. В первую очередь это зависит от того, в числе первых или последних в классе у девушки грудь становится заметной. Нередко те, у кого у первых в классе под школьной формой начинают все явственнее проступать очертания молочных желез, обычно становятся объектом пристального внимания, насмешек и физических атак со стороны мальчишек-одноклассников. Желая не выделяться из одноклассниц, такие девочки ходят сгорбившись, что может привести к деформации позвоночника. Почти насильно надетый дома бюстгальтер тут же в школьном туалете снимается во избежание новых насмешек. Но по мере того, как рост молочных желез отмечается у большего числа одноклассниц, переживания по этому поводу начинают испытывать те, у кого рост молочных желез отстает, и уже они становятся объектом насмешек одноклассников. Объем и форма молочных желез зависит от соотношения железистой и жировой тканей.

Грудь средних размеров не вызывает волнений и переживаний у девушек, а вот ее невыраженность (микромастия) или, наоборот, чрезмерная выраженность дает почву для девичьих волнений.

Маленькая грудь вызывает у девушки состояние психологической ущербности, что, естественно, отражается как на ее половом развитии, так и на ее сексуальном поведении. Чувство неполноценности, несоответствия общепринятому эталону женской красоты заставляет страдать, испытывать обиду на судьбу и зависть к подругам, укрощать себя в мечтах о «принце». На какие только ухищрения не приходится идти, скрывая свой «дефект»: надевать бюстгальтер со специальными прокладками, играть роль недотроги, избегая ласк избранника, а иногда решиться на пластическую операцию по исправлению формы груди. Невыраженность молочных желез может иметь место при семейной предрасположенности, при общей инфантилизации женщины или необъяснимых причинах, когда железистая ткань не растет при хорошо выраженных всех остальных вторичных половых признаках.

Рост молочных желез идет примерно 4 года, с диапазоном от 2 до 7 лет, и заканчивается к 17–18 годам жизни.

Увеличение молочных желез, так называемую гинекомастию, можно наблюдать и у лиц мужского пола. Хотя подобное явление может сопровождать ряд заболеваний, чаще всего гинекомастия наблюдается в подростковом возрасте, когда у мальчика начинает увеличиваться и побаливать одна или обе молочные железы. Такая нормальная (физиологическая, пубертатная, юношеская) гинекомастия в 14-летнем возрасте имеет место у 70% подростков. Достигнув определенных, очень индивидуальных размеров, молочные железы в течение одного-полутора лет подвергаются обратному развитию. Встречаются случаи, когда на это уходит 6–8 и даже 10 лет. Иногда гинекомастия сохраняется и у взрослого мужчины без каких-либо вредных последствий для здоровья.

Самым важным признаком полового созревания девушки можно считать появление первых менструаций. Происходит это у большинства в возрасте около 12–13 лет, хотя диапазон их появления колеблется от 9 до 15 лет. Более раннее или более позднее появление первого менструального кровотечения должно быть поводом обращения к врачу.

Аменорея — отсутствие менструаций более чем полгода у лиц женского пола старше 16-летнего возраста. Аменорея — нормальное состояние у неполовозрелых девочек, при беременности, периода кормления грудью и в пожилом возрасте**.** Как патологическое явление аменорея встречается в случаях заращения девственной плевы, отсутствия влагалища, матки, при недоразвитии половой системы, т. е. инфантилизме, некоторых наследственных болезнях. Изредка встречается так называемая психогенная аменорея, когда менструации внезапно (обычно временно) прекращаются под влиянием какого-либо стресса (экзамен, соревнование, изнасилование).

У особо впечатлительных натур менструальное кровотечение может исчезнуть по причине страстного желания забеременеть или, наоборот, от страха наступления беременности после единственного полового сближения. Менструации могут прекращаться при резком ожирении или резком похудении, это имеет место при таком заболевании, как нервная анорексия.

Анорексия нервная — пограничное психическое расстройство, характеризующееся сознательным отказом индивида от приема пищи с целью снижения массы тела. Заболевание вызвано навязчивой идеей похудения, вследствие страха полноты и несоответствия своей фигуры общепринятым социальным стандартам. Чаще отмечается у лиц женского пола в пубертатном возрасте, для которых желанным эталоном становятся фигуры известных манекенщиц или кинозвезд.

Трудно сказать, с какого возраста ребенок начинает реагировать на критические замечания сверстников в отношении тех или иных дефектов своей фигуры, особенно полноты. Взрослеющая девушка, чьи пропорции тела не соответствуют «общепризнанным» стандартам, прилагает разумные усилия для достижения поставленной цели. В данном же варианте эти усилия принимают патологический характер. Вначале следует отказ от еды (или только сладкого), затем начинаются интенсивные физические упражнения с длительным (изнуряющим) бегом, ходьбой. В своих стараниях «сделать фигуру» девушки идут на всяческие ухищрения, буквально истязая себя физическими нагрузками, глотают таблетки, уменьшающие аппетит, курят или вызывают искусственно рвоту, если их насильно пытаются накормить.

В результате искаженный образ своего тела ведет к задержке физического развития, к недоразвитию половых органов и молочных желез у девочек, первичной *аменорее*. При прогрессировании заболевания нарастает истощение с полным исчезновением подкожной основы, отмечаются атрофия мышц, обратное развитие наружных и внутренних половых органов, гипоплазия молочных желез, матки, маточных труб и яичников, выпадение волос на голове, лобке и в подмышечных впадинах. Расстройства менструального цикла прогрессируют от дисменореи до аменореи, сопровождаясь снижением либидо, боязнью сексуальных отношений, вплоть до развития вагинизма и первичной аноргазмии. Подросток становится раздражительным, взрывчатым, а затем апатичным, безразличным ко всему. Значительно ухудшается учеба, постоянно преследует чувство голода. Нередко в целях сохранения здоровья дочери родителям приходится обращаться к психиатрам и даже госпитализировать ее.

Психологами высказывается предположение, что данное психическое расстройство обусловлено амбивалентным (двойственным) отношением девушки к изменениям своего тела в период полового созревания. Она оказывается внутренне не готовой принять на себя ответственность за исполнение своей женской роли, переживаемой ею как чуждой и чрезмерной. Отсюда и желание «не взрослеть», оставаясь хотя бы внешне ребенком.

Реже нервная анорексия имеет место во время беременности, когда в ущерб как своему здоровью, так и здоровью ребенка женщина старается таким образом сохранить фигуру, чтобы выглядеть привлекательно.

У некоторых девушек и женщин за несколько дней до появления менструального кровотечения имеет место сложный комплекс психических и физических расстройств, исчезающих в первый день менструации или через несколько дней маточного кровотечения и носящий в медицине название **предменструального синдрома**.

Множество теорий, объясняющих природу этого состояния, в настоящее время специалистов не удовлетворяет. В качестве причин называется задержка жидкости в организме, избыточная выработка гормонов, наследственный характер состояния и т. д. Большинство мнений сходится на том, что в любом случае имеет место дисфункция центральной нервной системы. Клинической картиной синдрома являются: плаксивость, раздражительность, общая слабость, депрессия, агрессивность, онемение рук, повышенная чувствительность к запахам, зуд кожи, отечность грудных желез и лица, метеоризм, потливость, тошнота, головокружение; иногда своеобразные кризы — страх смерти, чувство сжатия за грудиной, сердцебиение, заканчивающееся обильным мочеиспусканием. Головная боль бывает довольно своеобразной: отмечается дергающая боль в висках с иррадиацией в глазное яблоко. Лечение заключается в соблюдении режима труда и отдыха, ограничении жидкости, соли, животных жиров, приеме витаминов группы В и С. При тяжелых состояниях назначается консультация гинеколога.

У мужчин четким признаком полового созревания является первое семяизвержение (эякуляция) в любой форме. Почти половина подростков отмечает, что первая в их жизни эякуляция (ойгархе) произошла ночью во сне, что явилось причиной просыпания с незнакомым ранее чувством сексуального восторга. Другие отмечают изменения в своем организме лишь по

пятнам на нижнем белье или постели. Несколько меньшее число подростков заявляют о первой эякуляции при мастурбации и совсем немного при половом акте.

Считается, что обычный возраст появления ойгархе — 13–14,5 лет с нормальными отклонениями в одну и другую стороны на 1–1,5 года. Примерно за год до этого имеет место интенсивный рост яичек. В первых выбросах спермы мало сперматозоидов, но уже через год их количество резко возрастает.

Поллюции — непроизвольное семяизвержение у лиц мужского пола вне полового акта. Ночные поллюции — явление абсолютно нормальное. Они учащаются при снижении ритма половой жизни или мастурбаций и исчезают при интенсивной половой активности. У человека, не живущего половой жизнью и не мастурбирующего, считается нормальным появление поллюций в диапазоне от 1–2 раз в неделю до 1 раза в 2–3 месяца.

Такая природная разрядка является своеобразным механизмом, предохраняющим человеческую сексуальность от психофизического дискомфорта при воздержании. Только как результат сексуальной неграмотности можно расценивать попытки некоторых молодых людей принять меры для полного прекращения поллюций: перевязывание полового члена, надевание на ночь презерватива, прием некоторых лекарств и т. д.

У мальчиков, так же как и у девочек, существует четкая последовательность появления вторичных половых признаков. Проявлять какое-либо беспокойство по поводу отставания развития мальчика следует лишь тогда, когда имеет место отставание от нижеприведенных сроков более чем на 2 года.

В зависимости от возраста имеются следующие колебания длины полового члена

Возраст	Колебания длины полового члена (в норме), см
8 лет	2,4–4,9
9 лет	2,5–5,0
10 лет	2,7–5,3
11 лет	2,7–6,2
12 лет	2,9–7,3
13 лет	3,2–9,2
14 лет	3,9–10,4
15 лет	5,0–11,2
16 лет	6,0–11,7
17 лет	6,2–11,8
Максимум роста полового члена как в длину, так и в ширину приходится на возраст 13–14 лет, после 17-летнего возраста рост пениса практически останавливается.	

Половое развитие мальчика считается задержанным, если у подростка старше 13,5 года нет ни одного из вышеперечисленных признаков пубертата.

Трудно найти более актуальную тему, волнующую как подростков, так и их родителей, как проблема онанизма. Следует отметить, что данный термин не точен и в сексологии практически не применяется. Следует говорить о мастурбации, от латинского слова mastus — «рука», хотя техника мастурбации не всегда предусматривает контакт именно руки с эрогенными зонами.

Мастурбация (синонимы — онанизм, ипсация, рукоблудие) — это самостимуляция эрогенных зон (чаще области половых органов) с целью достижения сексуальной разрядки, что современная сексология относит к одной из суррогатных форм половой жизни.

На приеме врачей-сексопатологов практически ежедневно можно встретить мужчин и подростков, приходящих уже с готовым диагнозом, связывающих любые возможные сексуальные нарушения с имевшей место в юности мастурбацией. В практике бывают случаи, когда пациенты уверены, что недавно появившаяся у них половая несостоятельность — следствие того, что они 20–30 лет назад в детстве занимались онанизмом.

В популярной литературе прошлых лет мастурбация считалась, в лучшем случае, дурной привычкой, и будто за половые «излишества» мужчину ждет неминуемая расплата. Среди них называли бесплодие, психические заболевания, спинную сухотку, эпилепсию, импотенцию. Эти догмы упорно насаждались как в медицине, так и в педагогике. Попытки «запретить» мастурбацию, не особо разбираясь в причинах, ее вызывающих, предпринимались на самых различных уровнях, создавая комплекс неполноценности у каждого нового поколения подрастающих мужчин.

Каковы же взгляды на мастурбацию современной сексологии? Как показали исследования, мастурбация имеет место не только у людей, но и у кроликов, собак, лошадей, обезьян, причем у самцов чаще, чем у самок.

Современная сексология различает следующие виды мастурбации:

1. **Фрустрационная псевдомастурбация** — когда приятные ощущения от манипуляции на половых органах не заканчиваются ни оргазмом, ни эякуляцией. Применяется как своеобразный выход при волнениях и стрессах.
2. **Ранняя допубертатная мастурбация.** Появляется еще до пробуждения полового чувства (как правило, до 10-летнего возраста). Для нее характерна эякуляция без оргазма и оргазм без эякуляции. Часто является «лекарством от одиночества».
3. **Мастурбация периода юношеской гиперсексуальности.** Начинается после пробуждения либидо, как правило, после 10-летнего возраста и имеет место в юности не менее чем у 75% сексуально здоровых юношей. Утверждают, что процент этот доходит до 96.
4. **Заместительная мастурбация.** Начинается обычно после 20 лет и всегда после начала половой жизни. Само название говорит о том, что к ней прибегают сексуально здоровые мужчины в случаях вынужденного воздержания для снятия сексуальной напряженности.
5. **Навязчивая мастурбация.** Часто неоднократная в течение суток. В отличие от всех прочих, навязчивая мастурбация не прекращается после заключения брака и может стать самоцелью. Чаще встречается как симптом психического расстройства.
6. **Подражательная мастурбация**. Инициатором такой мастурбации обычно являются сотоварищи, и почти всегда это мастурбация «за компанию».

По данным исследования профессора Г. С. Васильченко, многие здоровые и сексуально полноценные мужчины начинали мастурбировать в среднем в 14-летнем возрасте. Причем продолжительность занятий мастурбацией в среднем составляет 5–6 лет, максимальная частота актов в неделю — 4–5 раз, хотя может быть и чаще.

Американский сексолог А. Кинзи установил, что в подростковом возрасте мастурбировало 96% мужчин и 62% женщин. Учитывая распространенность мастурбации периода юношеской гиперсексуальности, она требует подробного рассмотрения.

Общеизвестна подростковая любознательность и склонность к экспериментированию во всем, в том числе и со своим собственным телом. Пробуждающееся половое влечение, ре-

гулярно подкрепляемое сладостным чувством наполнения половых органов, неудержимо толкает подростка к эксперименту с ними. Получив один раз чувство оргазма, при поллюции или мастурбаторном акте, он уже обычно не в силах отказаться от желания получить его вновь и вновь. Как и прежние поколения его предшественников, подросток вступает в неравную борьбу с искушением прекратить мастурбировать, всякий раз эту борьбу проигрывая. Очередной раз, поддавшись искушению, он вновь испытывает сложное чувство удовлетворения и унижения, приятной расслабленности и раскаяния, давая себе слово прекратить мастурбировать и вновь нарушая его. У подростка снижается чувство самоуважения, зарождаются мысли о собственной неполноценности, появляется страх за будущее. Специалисты отмечают, что для многих молодых людей первый половой акт есть своеобразный экзамен, который он сдает самому себе, отвечая на вопрос: «А не навредил ли я себе мастурбацией?» Удачная половая близость практически снимает все сомнения, а неудача ввергает в пучину еще больших переживаний и мрачных прогнозов. Говоря об этом типе мастурбации в юности, профессор А. А. Васильченко утверждает, что «... мастурбация представляет собой суррогатное средство, позволяющее снять или смягчить проявление физиологического дискомфорта, порождаемое биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения».

Продолжительность занятия мастурбацией у юношей зависит как от типа его половой конституции, так и от характерологических особенностей личности. Например, у лиц сомневающихся, боящихся трудностей, не любящих борьбы и изменений в жизни, мастурбация может продолжаться длительное время. Замкнутость, неумение общаться с противоположным полом, чувство собственной неполноценности также продлевают сроки мастурбаторной практики.

После начала половой жизни у большинства юношей вследствие нерегулярных половых отношений обычно имеет место чередование естественных половых актов с мастурбацией. Регулярная половая жизнь обычно полностью исключает занятие мастурбацией, хотя некоторые мужчины, особенно лица с сильной половой конституцией, оказываются вынужденными возвращаться к ней в периоды полового воздержания (разлука, беременность) или если ритм полового общения не удовлетворяет его потребности.

У женщин мастурбация может начинаться значительно раньше, чем у мужчин, и продолжаться всю жизнь до глубокой старости, параллельно с половой жизнью. Обычно толчком к этому у девочек является собственная находка, когда прикосновение к какой-либо эрогенной зоне вызывает приятные эмоции. Иногда таким толчком является интимная информация подруг, просмотр видеофильмов, чтение эротической литературы. По данным А. Кинзи, среди обследованной им американской молодежи, к семи годам жизни мастурбировало 4% девочек, к 12 годам — 12%, к 13 годам — 15%, к 35 годам — 60%.

Угрызения совести и раскаяние после содеянного мучают всех молодых людей, причем если юноша страдает, боясь «роковых» последствий, то девушка — от «аморальности» своего поведения. Частота мастурбаторных актов зависит от силы полового влечения. Подавляющее большинство женщин достигают оргазма, стимулируя клитор, вход во влагалище, грудь, соски и т. д. Обычно оргазм достигается быстрее, чем при половом акте, в среднем за 2–8 минут. Многие из женщин «отказываются» от мастурбации, имея в виду отказ от стимуляции рукой или каким-то предметом своих эрогенным зон. Тем не менее, они находят свою технику достижения приятных ощущений в виде сжатия бедер, покачивания на стуле, закинув ногу за ногу, при подмывании и т. д. По поводу женской мастурбации А. М. Свядощ в своей книге «Женская сексопатология» писал: «Не подлежит сомнению, что мастурбация для женщины с физиологической точки зрения безвредна. В процессе мастурбаторного акта происходят такие же местные изменения в половых органах женщины, как и при нормальном половом акте... Лишены всякой научной основы опасения некоторых женщин, что мастурбация может вести к появлению боли в крестце, тошноте, рвоте, нарушению функции внутренних органов, ослаблению памяти, ухудшению умственных способностей и даже возникновению психических заболеваний». Абсурдным следует признать и расхожие мнения о том, что при мастурбации изменяется походка, цвет лица и т. д. Просматривается прямая связь между половой конституцией женщины, временем начала мастурбации и ее частотой. Чем слабее тип половой конституции, тем слабее выражено подобное желание.

Стандартным техническим приемом при акте мастурбации или половом акте является возвратно-поступательное обнажение головки полового члена от кожи крайней плоти, что вызывает стимуляцию нервных окончаний и оргастические переживания. В ряде случаев подобное действие трудноисполнимо, например при фимозе, когда узкое отверстие крайней плоти не позволяет обнажиться головке члена, или при короткой и плотной уздечке крайней плоти.

Своеобразная дефлорация происходит и у большинства мужчин, если произошел разрыв уздечки крайней плоти, что рано или поздно имеет место при мастурбаторном или половом акте. Обычно разрыв сопровождается незначительной болью и небольшим кровотечением. Через несколько дней место разрыва заживает и позволяет увеличить амплитуду движения крайней плоти при фрикциях. Иногда разрыв происходит не полностью. Тогда подобная процедура может повторяться несколько раз, невротизируя молодого человека.

Следует обратить внимание еще на одно обстоятельство. На внутреннем листке кожи крайней плоти и головке полового члена имеется множество сальных желез, постоянно вырабатывающих специальный секрет. При закрытой крайней плотью головке пениса между ними образуется щель, носящая название препуциальной полости, где этот секрет скапливается вместе с разложившимися отмершими клетками кожи. Все это представляет вид творожистого, дурно пахнущего мазеподобного образования, носящего название **смегмы.** При невозможности открыть головку члена (фимозе) условия накопления смегмы возрастают, давая возможность развитию воспаления головки полового члена и крайней плоти — **баланопостита**. Сексопатологи считают, что уровень половой культуры пациента обратно пропорционален количеству смегмы на его половом члене. Смегму необходимо регулярно удалять. Для этого один или два раза в сутки, обнажив головку полового члена, следует обмыть ее теплой водой с мылом.

Выполнение личной гигиены для мужчин является важным: удаленная смегма уже не сможет вызвать ни воспаление, ни рак кожи полового члена, ибо она канцерогенна, кроме того, позволит расширить диапазон ласк влюбленных, не опасающихся за свое здоровье, так как смегма способна вызывать такие же последствия и в женских половых путях. В любом случае перед началом половой близости смегмы на половом члене быть не должно.

Динамика сексуального поведения

Встречи влюбленных рано или поздно прерываются, пусть даже на какое-то время. Вынужденное или сознательное снижение половой активности (обычно в виде совершения половых актов) ниже индивидуальной конституционально-возрастной потребности половозрелого индивида, сопровождающееся (чаще у мужчин) тягостными ощущениями физического и/или психического дискомфорта, в сексологии получило название **полового воздержания**, или **половой абстиненции**.

Отношение к половому воздержанию, особенно среди лиц, ведущих уже регулярную половую жизнь, двоякое. Одни, например сторонники учения дао, пропагандируют не тратить сперму попусту и сохранять высококачественные белки для других, более благородных целей. К ним примыкают приверженцы так называемой доктрины Эффертца, призывающие экономить сперму, запас которой ограничен.

Другие же утверждают, что половое воздержание вызывает нервно-психические расстройства и даже импотенцию, оправдывая тем самым собственное распутство. Вместе с тем подавляющее большинство специалистов утверждает, что до 40–50-летнего возраста половое воздержание не приносит вреда организму мужчины, чего не скажешь о мужчинах более солидного возраста.

Обычно различают полное (абсолютное или тотальное) и относительное (парциальное или частичное) половое воздержание. При полном воздержании отсутствуют как любые формы половой активности, так и сексуальная разрядка (оргазм) в любой ее форме. Иными словами, при полной сексуальной абстиненции в течение минимум одного месяца у индивида полностью отсутствуют эротические сновидения, заканчивающиеся оргастической разрядкой, не имеют место ночные поллюции, петтинг, мастурбаторные и половые акты. Встречается относительно редко и наиболее характерно для лиц пожилого возраста и слабой половой конституции.

Чаще встречается все же относительная половая абстиненция, при которой отсутствуют традиционно практикуемые формы половой активности (половые акты) на фоне наличия сексуальной разрядки при суррогатных (*мастурбация*, *петтинг*) или непроизвольных (*поллюции*) ее формах. Это более характерно для подростков, юношей, молодых мужчин и лиц сильной половой конституции.

Половое воздержание имеет место практически у всех людей по самым различным мотивам, будь то оно добровольное и продолжающееся всю жизнь (целибат) или как следствие отсутствия сексуального партнера или ссоры с ним, беременности, длительной командировки и т. п.

Как же переносит человек отсутствие половых встреч и насколько это вредно для его здоровья?

Специалисты считают, что чем слабее тип его половой конституции, тем реже его посещают мысли эротического содержания, тем менее он испытывает состояние физического и психосексуального дискомфорта от отсутствия сексуальной разрядки. И наоборот, чем сильнее его половая конституция, тем труднее переносится половое воздержание и тем чаще оно носит относительный характер, прерываясь оргастической разрядкой на фоне эротических сновидений у женщин или ночными непроизвольными поллюциями у мужчин.

Половое воздержание в подростковом возрасте и до начала регулярной половой жизни (считается, что в браке) относится к социально одобряемой норме. Оно не сказывается отрицательно как на общем здоровье молодого человека, так и на его сексуальных возможностях в будущем. К тому же оно редко бывает абсолютным, а скорее относительным, так как природа предусмотрела механизм саморегуляции в виде ночных эротических сновидений с разрядкой в виде ночных поллюций. Такой механизм сброса сексуальной энергии, помогающий избежать постоянных мыслей о сексе (а подросток фантазирует о сексе 5–6 раз в час), устраивает далеко не всех молодых людей, прибегающих нередко к сексуальной разрядке с помощью мастурбации.

Сексологи отмечают, что примерно с 40-летнего возраста длительная половая абстиненция действует на организм мужчины так же, как и отсутствие достаточных физических нагрузок на спортсмена, неизбежно приводя к состоянию сексуальной и спортивной детренированности. Понятно, что для того, чтобы вновь показывать соответствующие результаты, спортсмену после нескольких месяцев-лет «простоя» необходим какой-то срок интенсивных тренировок. Почему же многие мужчины считают, что длительное полное половое воздержание не должно сказаться на его сексуальных возможностях? Неизбежно следует ожидать постепенного снижения полового влечения, урежения и ослабления всех видов эрекций, что специалисты объясняют снижением функциональной активности нервных клеток, расположенных в спинальном центре эрекции, находящихся в тонусе при активной половой жизни.

Известно, что чем продолжительнее период отсутствия половой жизни у мужчин, тем закономернее преждевременная эякуляция в первые 3–6 недель после возобновления половых контактов, а также могут возникнуть временные проблемы с эрекцией полового члена. В то же время, как считает авторитетнейший специалист в области женской сексопатологии проф. А. Свядощ, даже очень длительное половое воздержание значительно меньше влияет на способность женщины в последующем достигать сексуальной разрядки. Главным здесь он считал все же высокую значимость для женщины личности ее сексуального партнера, способной вновь пережить чувство оргазма даже после тридцати лет полового воздержания.

Половая конституция человека

Многие молодые люди часто задают вопросы: «От чего зависят сексуальные возможности человека? Они безграничны или их можно развить?»

Ученые считают, что в основе сексуальных возможностей лежит индивидуальная для каждого так называемая половая конституция человека, которая может быть отнесена к сильному, среднему или слабому типу. Половая конституция определяется совокупностью биологических свойств организма, сложившихся под влиянием наследственных факторов и условий развития человека с момента зачатия и до периода полового созревания.

Половая конституция определяет как половую потребность и половую возможность, так и устойчивость половой сферы к разного рода вредным факторам (болезням, алкоголизму, половому воздержанию).

Сексологическая практика показала, что люди, у которых поздно проявился интерес к противоположному полу, поздно начали появляться вторичные половые признаки, поллюции (или менструации) и т. д., как правило, в последующем ведут более спокойную половую жизнь и начинают ее сравнительно поздно, хорошо переносят периоды полового воздержания, не стремятся к рекордам. Женщины, к тому же, позднее и реже испытывают оргазм и реже беременеют. Все это обусловлено индивидуальным низким уровнем половых гормонов и низким половым влечением. Мужчины слабой половой конституции, как правило, легкоранимы в сексуальном отношении, чувствительны к разного рода болезням. Половое воздержание сроком в один месяц (который они довольно легко переносят) может снизить их половое влечение и в последующем привести к ряду сексуальных срывов. Поэтому наиболее действенный совет для лиц слабой половой конституции — максимальное совпадение индивидуальных возможностей и сексуальной активности.

Мужчины другой, сильной, половой конституции характеризуются ранним появлением интереса к противоположному полу, ранними поллюциями (а следовательно, и интенсивными мастурбаторными актами), выраженными вторичными половыми признаками (особенно в области лобка), короткими конечностями по отношению к росту и т. д. Они раньше своих сверстников начинают назначать свидания девочкам, раньше начинают половую жизнь, ведут ее более интенсивно, с неоднократными эякуляциями в течение одних суток (так называемые сексуальные эксцессы). Их организм значительно дольше, чем у лиц средней и тем более слабой половой конституции, сопротивляется воздействию различных болезней на половую сферу, будь то гонорея, простатит, сахарный диабет или алкоголизм.

Единственное, что одинаково действует на лиц любой половой конституции, — это психическая травма, особенно когда она исходит от адекватного полового партнера и касается значимых для него личностных качеств, в том числе и его сексуальных способностей.

Попытки человека, вне зависимости от своего типа половой конституции, «быть как все» ни к чему хорошему не приводят. Желание вести более интенсивную половую жизнь, чем определено его половой конституцией, ведет к снижению полового влечения, ослаблению эрекции в любой, порой самый ответственный момент, у женщин — к безразличию не только к самому акту, но и к ласкам.

В этой связи возникает вопрос: «Может быть, тогда есть смысл еще до брака определить, совпадают ли типы половой конституции у будущих супругов? И сделать это, конечно же, на практике, а не теоретически?» Но здесь есть свои подводные рифы. Во-первых, на определение и своеобразную «притирку» половых конституций уходит не менее 1–2 лет. Во-вторых, определенное влияние оказывает и пик сексуальности вне зависимости от половых конституций (для мужчин это возраст ближе к 25 годам, для женщин — на 5–10 лет позже). В-третьих, чувство любви, благодарности и отдачи любимому человеку часто перекрывает несоответствие типов конституций, а любящие всегда найдут способ дать счастье другому.

В сексологии под **сексуальным эксцессом** понимают возможность мужчины совершить в течение 24 часов минимум два половых акта с обязательным условием эякуляции после каждого из них. Сексуальный эксцесс является важным показателем типа половой конституции мужчины. Практика показывает, что многие мужчины со слабым типом половой конституции лишь в молодые годы оказываются способными достичь эякуляции только два раза в сутки. С возрастом такая возможность постепенно теряется у всех мужчин.

По данным профессора Г. С. Васильченко, больше одного акта в одни сутки подавляющее большинство мужчин совершает в возрасте до 20–21 года, максимальное количество актов за сутки совершается в возрасте 22–23 года (так называемый максимальный эксцесс). Сексологическая практика знает примеры, когда мужчины (сильной половой конституции) оказывались способными к 20 и более законченным половым актам в течение одних суток.

Максимальные сексуальные возможности мужчины могут быть заблокированы в жизни различными факторами, например, заботой о сохранении спермы либо отказом партнерши от «повторных постельных радостей» и т. д. Мнение сексологов по поводу эксцессов едино: любое количество актов не вредно для здоровья мужчины, если акт заканчивается семяизвержением. Вместе с тем мужчине, «идя на рекорд», следует помнить и о женщине, не низводя партнершу, по словам одной из них, «до полигона для испытаний».

Доктрина Эффертца

В глубокой древности существовало мнение, что сперма мужчины вырабатывается спинным мозгом, и чем более интенсивную половую жизнь он ведет, тем раньше наступает его истощение. Отсюда и всевозможные «учения», в основе которых лежали рекомендации по сохранению мужской «силы». Мало что изменилось и тогда, когда было установлено, что сперматозоиды вырабатываются не спинным мозгом, а яичками мужчины. Различные религии активно проповедовали воздержание, благословляя лишь близость с целью зачатия новой жизни. В конце прошлого века такой подход к мужской сексуальности получил и количественную оценку со стороны ученого по фамилии Эффертц. По известным только ему расчетам, он вычислил, что любому мужчине в жизни отведено строго ограниченное число эякуляций, которое равняется 5400. Причем не имеет значения, как достигнута эта эякуляция — в виде поллюции, мастурбации или при половом акте. Каждая новая эякуляция неминуемо приближает мужчину к роковому нулю. На удивление, даже специалисты приняли эту доктрину («доктрину Эффертца»), и многие дореволюционные и послереволюционные издания по вопросам пола обязательно упоминали эту цифру, рекомендуя «экономно» тратить половые ресурсы.

Метод запугивания целых поколений успешно действовал до последнего времени, вводя в сознание молодых людей мысль о неминуемой каре за грехи молодости (имея в виду мастурбацию в юности), формируя тем самым новых и новых пациентов для врачей-сексопатологов. Современная сексология давно отбросила эту доктрину как абсолютно неверную и не соответствующую научной истине. Нет и не может быть заранее определенного числа эякуляций у мужчин, так как это зависит от большого числа факторов, и совершенно абсурдно предполагать, что половое воздержание в молодости способно сохранить потенцию до глубокой старости. Сексология знает немало фактов как раз обратной зависимости.

Мультиоргастичность

Термин, употребляемый в женской сексологии и означающий способность женщины за один копулятивный акт (до эякуляции у мужчины) испытать несколько оргастических разрядок. Конечно, в первую очередь, это зависит от индивидуальных психофизиологических особенностей самой женщины, относящейся, как правило, к сильному типу половой конституции. В сексологии считается нормальным, если женщина, в силу чрезвычайной ее отвлекаемости, все же достигает оргазма в 50–75% актов. К удивлению специалистов, многие женщины за всю жизнь так и не поставили себе цель хоть один раз настроиться на получение более одного оргазма за один половой акт.

Исследования американских сексологов показали, что после достижения оргазма у женщины, в отличие от мужчины, возбуждение падает постепенно на протяжении 10–20 и более минут. Все это время ее психика и нервная система сохраняют способность реагировать на новую половую стимуляцию, и не исключено, что она вновь может завершиться новой разрядкой.

Условно-физиологический ритм (УФР)

Общепринятое в отечественной сексологии понятие, означающее ритм половой жизни 2–3 раза в неделю. Исследования показали, что в жизни подавляющего большинства людей ритм половых встреч 2–3 раза в неделю продолжается дольше, чем более интенсивный или более редкий, и составляет срок более 10 лет. Нужно, однако, выделить первое слово в этом названии — «условно». Оно означает условность такого ритма, и как средний рост человека не говорит о том, что люди более низкого или высокого роста неполноценны, так и в половой жизни многие практикуют более интенсивную или более спокойную половую жизнь к взаимному удовлетворению партнеров. Попытка лиц с сильной половой конституцией перейти на УФР может вызвать у них чувство сексуальной напряженности и недовольства «редкими» половыми актами, а желание удержаться в пределах УФР лиц со слабым типом половой конституции довольно быстро приводит к их сексуальному фиаско или недовольству «частыми» половыми встречами.

Афродизиаки

Под этим экзотическим словом понимают различные вещества, прием которых, считается, стимулирует половое влечение и повышает сексуальные возможности человека. В эпосе каждого народа можно найти упоминания различных напитков, продуктов, кореньев и блюд, действующих на организм человека подобным образом. Среди этого многообразия чаще других упоминаются лук, сельдерей, яйца, икра, мед, «бобровая струя», золотой корень, женьшень и т. д. Недавно выпущена книга рецептов эротической кухни. Как на это смотрит официальная медицина? Конечно, значительная часть их обладает биологически активными началами, имеет большую калорийную ценность (что немаловажно для половой жизни), несет определенный тонизирующий эффект, но основное их действие оказывается все же на уровне психического восприятия, от осознания того, с какой целью эти продукты употребляются. Одни и те же препараты оказываются одинаково эффективными и в достижении выдающихся результатов как в спорте, так и в сексе или обыденной жизни.

Алкоголь и секс

Алкоголь, табак и другие наркотические вещества составляют предмет искушения, мимо которого проходит далеко не каждый человек.

Одной из важных причин употребления молодежью этих наркотических средств является сложность в общении, и в первую очередь со сверстниками. В этой ситуации сигарета или рюмка водки становятся своеобразным пропуском в компанию юношей, а теперь все чаще и девушек. Употребление алкоголя и наркотиков помогает некоторым из них преодолеть барьер застенчивости и стыдливости, стимулирует и раскрепощает сексуальные порывы. Однако

проблема усугубляется тем, что ранняя алкоголизация формирует личность человека, склонную решать свои жизненные проблемы через рюмку или шприц (среди состоящих на учете в милиции подростков, злоупотребляющих алкоголем, 40% начали пить в 11–12 лет).

Вместе с тем почти половина опрошенных в социологическом исследовании мужчин и треть женщин заявили, что они не хотели бы иметь абсолютно непьющих друзей. Почему же так сильны алкогольные традиции в нашем сознании?

Видимо, именно традиции и обычаи наших предков довлеют над нами, в том числе и алкогольные. Свадьба, похороны, праздники, расставания, встречи издавна не обходились в нашей культуре без алкогольного застолья. Эйфория под воздействием алкоголя дает веселье, снимает напряженность, подавляет чувство страха, неуверенности, беспокойства. Алкоголь подавляет мозговые центры тревоги у человека и активизирует мозговые центры удовольствия. Снимая внутреннюю скованность, алкоголь облегчает процесс общения между людьми, создавая единый эмоциональный фон в компании, вне зависимости от возраста, профессии, интеллекта и знаний.

Ученые обратили внимание еще на одно действие алкоголя. Человек всегда строит жизненные планы, чего-то хочет, к чему-то стремится, но далеко не всегда эти потребности удовлетворяются. В случае же, если неосуществленная потребность не угасает, существует опасность развития серьезных нервно-психических расстройств. Алкоголь снимает, хотя бы на время, угрозу дискомфорта, способствуя (пусть и мнимому) «удовлетворению» важной человеческой потребности.

Что касается влияния алкоголя на сексуальные способности человека, у молодежи бытуют два противоположных мнения: алкоголь стимулирует потенцию, и алкоголь делает человека сексуально неполноценным. Все дело лишь в дозе выпитого и частоте выпивок. Но почему же тогда в одной и той же компании одни спиваются и теряют почти полностью потенцию, а другие при долгих годах пьянок «сохраняют мужскую форму»?

Ответ нужно искать в индивидуальных наследственных особенностях личности и в типе половой конституции, которая длительное время спасает половые способности одних и быстро делает беспомощными других.

Нередко прием алкоголя осуществляется с целью облегчения первых контактов, например перед танцами. Однако алкоголь никогда не стимулирует потенцию. Он лишь способствует подавлению тех личностных черт, которые не дают возможности раскрыться человеку, например: робость, боязнь неудачи, сомнения в своей привлекательности. Вследствие именно этого эффекта алкоголя у одного вдруг появляется ревность, другой начинает лезть в драку, третий становится назойливым и требует к своей персоне особого внимания, четвертый теряет рамки приличия, пятый быстро засыпает.

Интимная близость в этом состоянии больше похожа на добровольное изнасилование как по сценарию, так и по исполнению. У большинства мужчин с трудом появляется эрекция (если вообще появляется), отмечается увеличение продолжительности полового акта. Иногда именно эту особенность действия алкоголя некоторые и пытаются использовать. Как к средству продления полового акта иногда прибегают и некоторые жены, предлагая мужу выпить перед близостью. Итог закономерен — рано или поздно развивается алкогольная импотенция.

Подавляющее большинство женщин пьянеют быстрее и от меньшей дозы выпитого. Меньшая масса тела, более чувствительный к алкоголю мозг быстрее приводят женщину в малопрогнозируемое состояние. Некоторая раскрепощенность в этом состоянии компенсируется снижением чувствительности нервных окончаний в области эрогенных зон, создавая условия проведения полового акта «под наркозом» с соответствующим результатом.

Психология и сексуальность

Акцентуации характера

Личность человека проявляется, прежде всего, в устойчивых психических особенностях, именуемых характером. Он формируется с раннего детства, усиливая одни черты и приглушая другие. Этот противоречивый сплав особенно ярко выражен в подростке, когда наравне с нежностью существует жестокость, со скромностью — развязность, с чувством ответственности — безразличие и беспечность. Естественно, что какие-то черты характера будут превалировать над другими, обусловливая своеобразие поведения личности, вызывая подчас конфликты с окружающими. Существует множество типов заострения (акцентуации) отдельных

черт характера, усиления степени их выраженности. Необходимо отметить, что акцентуации характера входят в понятие человеческой нормы.

Наиболее частыми из них являются следующие.

Астенический тип — не любит больших компаний (от шума и резких звуков быстро устает), поэтому предпочитает одиночество. Самооценка занижена, отсюда — робость, стеснительность, пугливость, беспокойный сон, ночные страхи и т. д. С трудом привыкает к чему-то новому: друзьям, обстановке, вещам. Психически очень раним. Особенно устает при физической нагрузке. Полон сомнений в правильности сделанного, отсюда поиск поддержки у окружающих.

Тревожно-мнительный тип. Основная черта характера — тревожная мнительность. Внешне дисциплинирован, послушен, аккуратен, однако в глубине души полон сомнений по самому ничтожному поводу, страха за собственное здоровье и здоровье близких. Упорные мысли о возможном несчастье практически не покидают его. Постоянный самоанализ часто блокирует психическую и физическую активность. Этот тип акцентуации наиболее часто встречается в сексопатологической практике, ибо, даже не начав половую жизнь, он уже полон сомнений: «Смогу ли? Будет ли она довольна? Не навредил ли я себе, занимаясь мастурбацией?». И в последующем, даже на фоне нормальных половых отношений, он внимательно следит за сексуальной сферой, отмечая самые мельчайшие отклонения, ввергающие его в уныние.

Сензитивный (обидчивый) тип. Для него характерны робость, неуверенность, склонность к быстрому формированию навязчивых страхов и самобичеванию. Чрезвычайно чувствителен к грубости, сразу замыкается в себе. Долго переживает даже единичные факты подростковой мастурбации. Скрытен в своих чувствах, даже от самых близких. Иногда отказ выполнить его просьбу приводит к приступам отчаяния, вплоть до попыток самоубийства.

Психастенический (мыслительный) тип. В результате постоянного самоанализа приходит к выводу о своей непривлекательности, физической ущербности, что, естественно, затрудняет возможность контактов с противоположным полом. В силу этого охотно откликается на предложение «дружить» более напористого товарища, попадая нередко и в гомосексуальные группы. Упорно мастурбирует, каждый раз давая себе клятву, что «это — в последний раз», постоянно ее нарушая, вновь впадает в отчаяние от собственного безволия. Любой сексуальный срыв дает новую пищу для анализа случившегося, заканчивающеося малоутешительными выводами.

Шизоидный (противоречивый) тип. Внешне — холодный, безразличный к окружающим человек, не нуждающийся ни в друзьях, ни в сопереживании. Эмоционально ровный, с одной стороны неспособный, разделить радость или горе близких, с другой стороны, вдруг плачущий над трагическим финалом кинокартины. Подозрителен и легковерен одновременно. Как правило, имеет обширный уровень знаний, хотя внешне это не проявляется. Иногда производит впечатление ребенка, не обученного хорошим манерам: может перебить в беседе старшего по возрасту, встрять в чужой разговор, сделать неуместное замечание постороннему, без видимой причины уйти, оставив собеседника. Хобби у него, как правило, необычны: астрология, йога, биоэнергетика, психоанализ, философия. Контакт с противоположным полом налаживается с большим трудом, отсюда — упорная мастурбация с представлением эротических сцен. Искусство обольщать — не их удел. Сексуальные действия их довольно примитивны и грубы и порой больше смахивают на попытку изнасилования, чем на акт любви.

Возбудимый тип. Не сдержан и легко возбуждается, приступ гнева может вызвать любая мелочь. «Заводила» мальчишеских компаний, когда дело касается чего-то противоправного, не терпит возражений, однако ленив и труслив. Не любит однообразной и кропотливой работы, поэтому меняет свои привязанности, выбирая деятельность, связанную с частой сменой обстановки и людей. Он легок на подъем, всегда там, где нужно кого-то защищать, кого-то отстаивать или наказывать. В силу внушаемости, а также любви к рискованным экспериментам и новизне часто попадает в сомнительную компанию. Склонен к наркомании и алкоголизму. Половая жизнь с ним сексуальному партнеру удовлетворения не приносит в силу его поспешных действий и склонности к рискованному экспериментированию, в котором он опирается лишь на собственный «вкус».

Неустойчивый тип. Безволен и беззаботен. Готов бесцельно убивать время, отдавая предпочтение развлечениям и азартным играм, склонен к кражам, в первую очередь автотранспорта. Очень подчиняем и в силу этого часто находится в качестве подручного у лидера группы, нередко асоциальной. Внутренний мир узок, интересы поверхностны, мышление стереотипное. Жизненных планов не строит, живет сегодняшним днем. Легко спивается, становясь неуправляемым. В сомнительных компаниях действует заодно, не имея собственного мнения и не ис-

пытывая после преступлений угрызений совести. Склонен к подражательству, непостоянству, лжи и лени. Не способен ни к большой дружбе, ни к любви. В сексуальных отношениях формален, безразличен к чувствам партнера, который обычно ему скоро надоедает.

Эпилептоидный тип. Взрывчат и несдержан, упрям и мстителен, придирчив и подозрителен, большой педант во всем. Деспот в семье и в отношениях с избранником или избранницей. Обид не прощает, долго ждет своего часа, планируя расправу, в чем довольно искусен. Любит посплетничать о близких, наслаждаясь их неприятностями. Неуемное стремление к лидерству реализует всеми дозволенными и недозволенными средствами, устраняя соперника подчас физически. Любит порядок во всем. Лежащая не на месте вещь приводит его в ярость, долго не остывающую. На работе — идеальный работник, пунктуально выполняющий свои обязанности. Исполнителен и точен, дважды напоминать ему о сроках исполнения работы не нужно. Очень беспокоится о своем здоровье, поэтому предпочитает иметь постоянную сексуальную партнершу во избежание заражения, ревнив до крайности. Может устроить допрос, и даже обыск в поисках доказательств измены. В сексуальном плане часто проявляются садомазохистские наклонности, готовность к формированию половых извращений.

Гипертимный тип. Настроение постоянно повышенное. Полон планов и действий. Безделье, и даже временное, или жестко регламентированная работа, сковывающая его инициативу, вызывают вспышки кратковременного гнева. Акселерация коснулась этого типа акцентуации характера больше других, в 15–16 лет юноши и девушки выглядят довольно зрелыми. В силу этого в них рано просыпается половое влечение, и они рано начинают, и небезуспешно, поиск половых контактов. Платоническая любовь и мастурбация для них — явления скоропреходящие.

Истероидный тип. Обладает яркой театральностью при умеренном половом поведении. Длительный контакт с ними возможен лишь при условии постоянного восхищения окружающих. Чаще встречается у лиц женского пола. Все поведение направлено на одну цель — обратить внимание на собственную личность. На это работает все: выбор редкой профессии, броская шокирующая манера одеваться, мимика, косметика. В желании стать в центре внимания в рассказах проявляет неуемную фантазию о своих умственных и прочих способностях. Иногда с целью привлечь внимание или уйти от неприятной ситуации падает в «обморок» (правда, всегда на что-то мягкое), долго лежит «без сознания». Это артист в жизни, постоянно требующий восхищения. Отсутствие знаков внимания обычно ведет к прекращению знакомства. Лидером группы обычно не является, но свои способности умело претворяет в жизнь, пользуясь доверием лидера.

Психологические типы сексуальных партнеров (по С. С. Либиху)

За последние сто лет существенно изменилась роль каждого члена семьи, изменился и характер взаимоотношений между ними. Снижение, причем резкое, авторитета мужчины в семье в значительной мере связано с вовлечением женщины в производственную и общественную деятельность, уравниванием доходов и авторитетов в сферах семейного влияния.

Но равенство социальной и половой значимости полов еще не означает их одинакового, тождественного психоэмоционального вклада в семью. Здесь общество явно проигрывает, ибо мужчина в силу своих психологических особенностей не в состоянии выполнить изначально женские функции в семье, женщина же, теряя свою способность эмоционально насытить отношения в своей семье, постепенно превращается в бледную мужскую тень.

Сексуальные установки в современной семье у супругов также различны, и здесь нет и не может быть равенства. Санкт-Петербургский сексолог С. С. Либих предложил свою классификацию психологических типов сексуальных партнеров.

Мужчина-сын. Безоговорочно отдает приоритет во всех сферах отношений женщине. Часто здесь сказывается тот факт, что мужчина является единственным сыном одинокой женщины, воспитывающей его с малых лет без отца, в силу чего он воспринимает вынужденную самостоятельность матери за образец поведения «настоящей женщины». Образ матери-женщины подсознательно действует на него, что и отражается на выборе сексуального партнера. В ласках предпочитает их только получать, такой мужчина склонен к подражательству, часто капризен. Среди мужчин такого типа много лиц с физическими и психическими недостатками, часто болеющих, неудачников в жизни. Их неустойчивость и неумение приспособиться к изменяющимся условиям жизни заставляют искать «сильную» женщину, готовую выполнить роль и матери-защитницы, и любовницы.

Мужчина пассивно-подчиненного типа. Предпочитает знакомство с сильными, волевыми женщинами, высказывающими смелые идеи, способными к решительным действиям. Стиль

одежды таких женщин, как правило, спортивный, большинство из них курят. Рядом с такой независимой сильной женщиной острее чувствуется собственная значимость, зависимость, появляется желание выполнить ее указания, услышать ее недовольство, выговор.

В ласках мужчина ориентируется на те формы, которые приносят данной женщине больше удовольствия. Сразу и безоговорочно принимает ее стиль полового поведения, соглашаясь на вторые роли.

Мужчина агрессивного типа. Напористо ищет контакты с женщинами. Нетерпелив, уверен в себе, порой агрессивен. В ласках не всегда соизмеряет свои силы, причиняя женщине боль. Страстен и ревнив, любит одерживать победы, полностью подчиняя партнершу своей воле. Обычно обладает значительной потенцией (относится к сильному типу половой конституции).

Мужчина-отец. Обычно это пожилой, элегантный мужчина, обладает значительным сексуальным опытом, уверенный в жестах и словах, произносимых хорошо поставленным голосом. Как опытный шахматист, он заранее просчитывает свои действия в зависимости от поведения женщины. Обычно обладает большим запасом знаний в различных областях жизни, что вызывает обожание и восхищение женщины.

Как отец, предпочитает женщин, подчиняющихся его воле и его указаниям, высоко ценя умение женщины предвосхищать и угадывать его желания.

Женщина-мать. Как мать, опекает своего избранника, которого выбирает сама среди слабых и неудачников. Чем большие несчастья сваливаются на его голову, тем более нежной она становится, ободряя его и защищая. Его робость, неприспособленность к жизни часто становятся дополнительным сексуальным стимулом для нее, как и его неумение в любовных делах.

Ее любовные ласки нежные и продолжительные, вселяют в мужчину успокоение и надежду, что при любом исходе их близости он будет ею понят и заранее прощен при возможной неудаче.

Любовная инициатива обычно принадлежит ей, и напористость партнера ее разочаровывает. Предпочитает больше отдавать, чем получать ласку. При этом любит нежно прижимать голову возлюбленного к своей груди и осторожно гладит его волосы, называя при этом придуманным ею уменьшительным именем.

Женщина активного типа. Стремится быть на равных с мужчиной, не уступая ему ни в чем, пытаясь одержать верх. Насмешлива, иронична, язвительна и страстна. В ласках неутомима, активна, любит крепкие объятия и поцелуи, в порыве страсти может наносить укусы и царапины. В любовных играх решительна, от нее можно ожидать самых неожиданных действий.

Женщина пассивно-подчиненного типа. Немецкий поэт Гете назвал такой тип женщин «вечно женственным». В любовном порыве она вся отдается ласкам, прижимаясь к партнеру всем телом, всячески выказывая ему нежность и преданность, граничащую с мазохизмом.

Предпочитает активных, даже несколько агрессивных партнеров, полностью отдаваясь их воле. Обладает широким диапазоном приемлемости, безмерно доверяет партнеру, идет с ним на любые эксперименты с целью дать ему максимальное удовлетворение от общения с нею.

Женщина-дочь. Как ребенок, любит ласки, очень влюбчива и внушаема, предпочитает мужчин более старшего возраста, обладающих, как правило, большим житейским и сексуальным опытом. У нее быстро развивается психологическая зависимость от любимого мужчины, выполняющего все ее желания и капризы.

Нарушения психосексуального развития

В практике педиатра нередко встречаются дети и подростки с теми или иными формами сексуальных отклонений.

Преждевременное психосексуальное развитие (ППР)

Преждевременное психосексуальное развитие представляет собой раннее становление сексуальности и раннее половое созревание. В качестве основных причин преждевременного психосексуального развития выступают микросоциальные, соматические и психические факторы.

К социогенным причинам ППР относят растлевающие или совращающие действия подростков и взрослых. Целенаправленно растлевая детей, более старшие подростки или взрослые

искусственно стимулируют развитие их сексуальности разговорами о сексе, показывая эротографические и порнографические изображения, демонстрируют половые органы с последующим вступлением в половую связь.

Главную роль в развитии соматического варианта ППР играет врожденное или приобретенное поражение глубоких структур головного мозга, обеспечивающих эякуляцию и оргазм с подкреплением приятных ощущений, что ведет к раннему пробуждению сексуальности ребенка.

В этиологии психического варианта развития ППР участвует различная психическая патология, в первую очередь эндогенные заболевания и «ядерные» психопатии, приводящие к ранней фиксации интереса детей к сексуальной сфере.

Во всех вариантах ППР влечет за собой ускоренное половое созревание, смещая этап формирования психосексуальных ориентаций на более ранний — выработки полоролевого поведения. По поводу преждевременного психосексуального развития, как правило, обращаются родители или воспитатели, обеспокоенные упорной мастурбацией ребенка или его постоянной инициативой ролевых игр со сверстниками с открыто сексуальным содержанием. Предупредить асоциальное поведение ребенка представляется возможным лишь в случаях доброжелательного и индивидуального наблюдения за ним, в первую очередь со стороны родителей, с кем ребенок наиболее откровенен. Неадекватные меры педагогического воздействия, как и продолжающаяся половая активность ребенка, вместе с совращением, рано или поздно приводят к патохарактерологическому формированию личности с делинквентным поведением.

Преждевременное психосексуальное развитие чаще отмечается у лиц с ядерной психопатией, органическим поражением нервной и эндокринной системы.

Задержки психосексуального развития

Наиболее частыми вариантами нарушений психосексуального развития являются его задержки, которые выражаются в отставании сроков становления сексуальности от возраста ребенка. Различают три формы задержки психосексуального развития.

Соматогенные задержки связаны с отставанием в половом развитии вследствие грубых, трудно корригируемых нарушений эндокринной системы, ведущих к асексуальности человека (например, агонадизм).

Психогенные задержки обусловлены нарушениями психики, проявляющимися в виде патохарактерологического развития личности и астенических, истерических и психастенических форм психопатии. Свойственная психопатии обидчивость, робость, застенчивость ведут к нарушению коммуникации со сверстниками, а фантазирование, слабость волевых задержек, в сочетании с трудностями общения, стимулирует формирование заместительных и суррогатных форм половой активности.

Социогенные задержки вызваны дефектным половым воспитанием ребенка, прививающим ему взгляды на проявления сексуальности как на что-то грязное, пошлое, непристойное. Родители постоянно контролируют игры ребенка, подбирают ему товарищей и даже изолируют его от сверстников; негативная реакция взрослых на любое проявление сексуальности ребенка неизбежно искажают этапы формирования его сексуальности и деформируют личность.

У детей до 10–12 лет задержка развития не привлекает особого внимания и, даже наоборот, радует родителей и воспитателей, так как такие дети не задают рискованных вопросов, не проявляют свойственного всем детям полового любопытства, практически не играют в полоролевые игры со сверстниками. Например, полоролевые игры в «семью» или «дочки-матери», характерные для 5–7-летнего возраста, вследствие нарушения коммуникации ребенка переносятся на более поздние сроки, и «недоигравшие» дети увлекаются этими играми даже в старших классах. Несмотря на всю полезность игр, формирующих ролевые установки, их совпадение с наступившей гормональной активностью ведет к риску фиксации игр как суррогатной формы реализации полового влечения и даже гомосексуальной ориентации полового влечения. Половая жизнь в таких случаях начинается значительно позже обычного, половое воздержание молодые люди обычно переносят легко, не чувствуя психофизического дискомфорта даже при прерывании любовных ласк на любой стадии.

Прогноз благоприятен при наличии в будущем адекватного, благожелательно настроенного сексуального партнера и сомнителен при искажениях всех этапов психосексуального развития.

Девиации психосексуального развития

Нарушения полового самосознания (транссексуализм)

Транссексуализм — стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу при правильном (соответствующим генетическому полу) формировании гонад, урогенитального тракта и вторичных половых признаков. Несмотря на правильный пол и соответствующее воспитание, грубые нарушения половой дифференциации мозга приводят к искажению аутоидентификации и принадлежности к надлежащему полу. Уже на этапе формирования полового самосознания дети называют себя именами противоположного пола, добиваются права носить соответствующую одежду, выбирают товарищей по играм из числа лиц противоположного пола. В последующем, в полоролевых играх, такие дети выбирают роли, характерные для избранного пола (отец, мать, командир, невеста). Крайне болезненно они воспринимают появление вторичных половых признаков (девочки прибегают к бинтованию груди), особенный негативизм вызывают менструации и поллюции. Мастурбируют такие дети значительно реже, чем среднестатистический ребенок их возраста, свои гениталии они воспринимают как «чужеродные», в ряде случаев решаясь на самооскопление (мальчики). Первая и последующие влюбленности, как правило, направлены исключительно на лица одного с ними генетического пола, причем в ласках многие из них не разрешают дотрагиваться партнеру до их гениталий и полностью не обнажаются. Собственный оргазм не имеет большого значения, так как все действия направлены на максимальное удовлетворение избранника любви.

Вопрос смены гражданского пола у таких пациентов решается в Республике Беларусь при достижении ими 21 года жизни.

Нарушения стереотипа полоролевого поведения

Трансформация полоролевого поведения. Под ним понимают формирование полоролевого поведения, свойственное другому полу при правильном самосознании. Этиологическим фактором считается менее грубое, чем при транссексуализме, нарушение половой дифференциации мозга в пренатальном периоде, хотя основным фактором признается влияние микросоциальной среды в период с 3- до 10–12-летнего возраста. Полоролевая трансформация может иметь место при воспитании ребенка в другом гражданском поле, при нарушениях половых ролей в семье (жесткая, властная мать-лидер и подчиняемый отец), в неполных семьях, при недостатке материнской любви, формируя в перспективе (особенно у девочек) агрессивность, черствость, отсутствие сопереживания, постоянства. Девочки играют в мальчишеские игры, дерутся наравне с ними, носят мужскую одежду, предпочитают мужские роли в художественной самодеятельности, выбирают мужские виды спорта и профессии. Мальчики растут «домашними», охотно помогают в ведении домашнего хозяйства, ухаживают за младшими детьми, с удовольствием посещают танцы, занятия музыкой и фигурное катание. У таких детей в период формирования психосексуальных ориентаций велика опасность формирования гомосексуальных влечений.

Гиперролевое поведение — поведение личности с чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей половой роли. Фоном здесь также выступает нарушение дифференциации мозга, хотя гораздо большее значение имеют нормы микросоциальной среды к маскулинному и феминнному поведению.

Гипермаскулинное поведение выражается в повышенной агрессивности, стремлении к лидерству, выбору мужских профессий, занятиях рискованными, чисто мужскими видами спорта. При этом характерно пренебрежительное, безразличное отношение к женщинам, с чувством выраженного превосходства над ними. В последующей сексуальной жизни такие мужчины стремятся лишь к собственному удовлетворению, не обращая внимания на запросы партнерши, нередко прибегают (хотя и в символическом варианте) к принуждению, грубости, причинению боли. Патологическое гипермаскулинное поведение носит название сексуального садизма и относится к половым извращениям, когда половое удовлетворение достигается лишь при психическом или физическом унижении партнерши или жестоком с ней обращении.

Гиперфемининное поведение характеризуется полной самоотдачей, подчиняемостью, подчеркнутой пассивностью. Примером может служить персонаж произведения А. П. Чехова «Душечка».

Сексуальное насилие

В современных обществах 10–15% преступлений, совершаемых против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности, приходятся на долю сексуального насилия. Оно представляет собой криминальное действие, при котором очевиден генетический компонент, его мощная селективная связь с репродуктивными функциями. Можно утверждать, что человек биологически предрасположен к насилию, как бы это ни противоречило декларируемой морали.

Из года в год по факту сексуального насилия количество возбуждаемых уголовных дел неуклонно возрастает. Многие жертвы умалчивают об изнасиловании, поскольку сообщение об этом — и в семье, и в правоохранительных органах — представляет дополнительную психическую травму для жертвы. Имеются литературные данные, что факт открытия случившегося перед органами дознания и близкими, необходимость прохождения судебно-медицинской экспертизы, непосредственный контакт в ходе дознания с лицами, совершившими насилие, приводит жертв насилия к суициду.

Исследования в области детской и подростковой психологии, психиатрии и психоанализа убедительно свидетельствуют о том, насколько сильным оказывается влияние детства на последующую жизнь человека: многие ученые и практики подтверждают важные социальные и криминальные аспекты жестокого обращения с детьми с формированием «цикла насилия».

Установлено, что несовершеннолетние вследствие возрастных особенностей психики (подчиняемость авторитету взрослого, доверчивость, недостаточность жизненного опыта, низкая осведомленность в вопросах половых отношений, неумение полно и критично оценить сложившуюся ситуацию и прогнозировать возможные действия других) обладают виктимностью — предрасположенностью при определенных условиях стать жертвой сексуального насилия.

Малолетние дети чаще подвергаются сексуальному насилию со стороны близких родственников, а также при внезапном нападении на них незнакомых взрослых вне дома (педофилы, олигофрены). Подростки зачастую становятся объектами криминальных действий сверстников в ситуациях «необоснованного доверия» и «скоротечных знакомств». Риск стать жертвой сексуального насилия повышается у несовершеннолетних с психическими расстройствами, сопровождающимися отклоняющимся поведением, которое может быть провоцирующим или пассивно-безучастным.

После случившегося формируется так называемый синдром травмы изнасилования, включающий: 1) навязчивое переживание психотравмирующего эпизода в воспоминаниях и сновидениях; 2) поведение, отражающее старание избежать ситуаций, которые напоминают о травмирующем событии; 3) реакции испуга, страха, генерализованную тревогу, нарушение сна, стремление к ограничению контактов с окружающими. При этом на этапе криминальной ситуации возникает острая аффективная реакция различной степени выраженности вплоть до шоковой. В одних случаях это психомоторная заторможенность, в других — аффективное суицидальное поведение. В посткриминальный период на первый план выступают негативно окрашенные эмоции, страх, тревога, обида, чувство оскорбленности, желание наказать обидчика. Возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов защиты способствуют психологическому срыву с возникновением кризисных состояний: формируется пессимистическая концепция будущего, появляются суицидальные мысли, которые могут иметь тяжелые последствия.

Следует иметь в виду, что изнасилование подростков имеет существенную значимость в распространении ИППП. В отношении девушек-подростков насилие совершается значительно чаще, чем в отношении женщин старшего возраста. Девушки о факте насилия чаще всего умалчивают, начало заболевания просматривается, и диагноз ставится с запозданием. Лица, подвергшиеся сексуальному насилию, являются группой риска по заболеваемости ИППП. В связи с этим представляется необходимым наладить обследование жертв насилия, в первую очередь, на гонорею, сифилис, ВИЧ. Рекомендации об обследовании и его сроках могут даваться при обращении жертв насилия по телефону доверия. Обследование должно проводиться в медицинской организации соответствующего профиля и быть бесплатным.

Жертвы насилия должны располагать информацией по ИППП, для того чтобы вовремя пройти обследование в венерологическом диспансере. Информацию можно распространять через брошюры, теле- и радиопередачи, на лекциях и уроках полового воспитания в учебных заведениях. Приоритетной группой в плане направленности этой работы должны быть дети и подростки. Следовательно, необходимо также информировать родителей, воспитателей и учителей.

Сексуальное просвещение

Вне контекста нравственности никакого воспитания, в том числе и психосексуального, не существует и существовать не может. У нравственности есть общечеловеческие аспекты, но, как правило, она по-разному трансформируется разными верами и верованиями, культурными традициями, субкультурами: что для одной культуры — достойный следования образец нравственности, то для другой — наоборот. И чем интимнее конкретная сфера проявлений нравственности, тем эти расхождения сильнее и потенциально конфликтнее. Сексуальное поведение — особая плоскость бытия. Корни его наряду с самосохранением уходят в самые глубокие слои психики. Одним из первых сексуальное поведение реагирует на неблагоприятные условия существования — в экспериментальных условиях у животных возрастает число сексуальных девиаций, деформируются ритуалы ухаживания, копулятивное, брачное и родительское поведение, взрывообразно растет сексуальное насилие. Это близко совпадает с так называемыми цивилизационными изменениями человеческого поведения, которые сдерживаются законами и нравственностью, но эти законы и нравственные нормы приходится пересматривать, ибо в силу информационного взрыва, урбанизации и миграционных процессов они все меньше и меньше выводимы непосредственно из вековых традиций. И учить им детей приходится не в условиях традиционных культур, где жизнь дедов и внуков различалась меньше, чем сегодня жизнь одного человека в интервале десяти лет. Передавая детям традиционные ценности, нельзя забывать, что они будут жить в иных условиях. Ведь даже школьное обучение переносит акценты с передачи знаний на научение детей учиться, на передачу в их руки орудий добычи знаний. Что же говорить о жизни, которая много сложнее и изменчивее алгебры или химии?

Главные задачи психосексуального воспитания — прежде всего, помощь развивающейся личности ребенка в осознании себя представителем своего пола, развитие телесной идентичности, с которой тесно связан психосоматический потенциал. Это отвечает реальным запросам детей, о чем можно судить по детским вопросам и играм с их колоссальным познавательным зарядом. Сказанное неотрывно от социальных отношений, вне которых развитие ребенка невозможно, и уже здесь плавно переходит в то, что называют подготовкой к ответственным партнерству, супружеству и родительству.

Когда начинать психосексуальное воспитание? Мнение «лучше на год раньше, чем на день позже» отнюдь не означает обрушивания по сигналу неких часов на ребенка потока информации о поле и сексе в объеме подготовки специалистов по сексологии. Это предусматривает лишь одно: помочь ребенку открыто задавать вопросы. «Неприличных вопросов не бывает, бывают только неприличные ответы,» — О. Уайльд. Его мысль продолжил Кабаков: «Гениальных ответов не бывает — бывают гениальные вопросы», необходимо слышать их в момент, когда они задаются — в игре, в словах, в поведении ребенка — и отвечать на них по правилу: «Всегда правда и только правда», сообразуясь с возможностями ребенка понимать ответ.

Половое воспитание — это процесс формирования личности мужчины и личности женщины, который растягивается на период минимум в два десятилетия жизни человека.

Нельзя сформировать полноценную личность без знания ею собственной половой принадлежности, не определившей свою роль в полоролевых играх, не создавшей себе кумира, которому хочется подражать.

Половое просвещение призвано, в первую очередь, ответить на насущные вопросы подрастающего ребенка, постоянно ищущего ответы на мучающие его вопросы, от чисто медицинских: «Как появляются дети?» до социальных: отношение между полами, место отца в семье, роль родителей в воспитании детей, желаемое количество детей.

Исключив случаи своеобразного «клонирования» собственных родителей (что в настоящее время и невозможно на фоне возрастающего потока информации), можно утверждать, что свою личность ребенок формирует на базе собственных наблюдений за повседневной жизнью родителей, а также своих сверстников, мужчин и женщин, чье поведение для него в данный момент значимо.

Информация для родителей, медицинских работников, педагогов по профилактике нарушений сексуального здоровья у детей и подростков

1) Изменение сексуальных норм влияет и на сексуальное поведение всего общества, в первую очередь молодежи.

2) При половой дифференциации мозга (3–7 месяцев беременности) в области гипоталамуса формируются рецепторы, чувствительные к действию мужских и женских половых гормонов,

что во многом определяет правильное половое поведение. Прием во время беременности алкоголя, седативных, психотропных препаратов и особенно мужских половых гормонов приводит при рождении генетических девочек к формированию у них мужского полового поведениям, с выбором, в перспективе, мужских профессий.

3) Во время беременности у ребенка складывается предпочтение вкуса и даже страха, если женщина находится в состоянии стресса.

4) Нежеланная матерью дочь в будущем реагирует агрессией на окружающих ее людей и события.

5) Поведение мальчиков и девочек отличается даже в первые 10 дней жизни ребенка.

6) Пролактин, содержащийся в материнском молоке, обладает антистрессовыми свойствами, снижает детскую агрессивность на период кормления грудью.

7) При ранней (до 1 года) психической депривации (в том числе неласковой матери) у детей:

а) формируется жестокость;

б) неразборчивость в знакомствах, а впоследствии и в половых связях;

в) не развивается чувство привязанности к матери, а впоследствии и к сверстникам;

г) чаще других возникают разного рода фобии, дети имеют низкий уровень самооценки.

8) Пол окружающих его людей ребенок различает уже с 6 месяцев, биологически опасаясь лиц мужского пола, а также и женщин, если после посещения детской поликлиники медицинским персоналом-женщинами выполнялись болезненные процедуры;

9) При нормальном психосексуальном развитии к 3-летнему возрасту ребенок должен:

а) знать, к какому полу он относится;

б) быть визуально ознакомленным со строением собственного тела;

в) сравнить свое тело с окружающими его сверстниками и убедиться в своей «нормальности»;

г) продемонстрировать себя окружающим и получить их оценку собственной «нормальности».

10) Чувство стыда у ребенка в норме формируется к 5–7-летнему возрасту, что, к сожалению, не учитывается при проведении полового воспитания.

11) В период с 3–4 до 10–12 лет ребенок усваивает свою половую роль.

12) При трансформации половой роли:

а) дети играют в игры противоположного пола;

б) носят одежду (элементы одежды) противоположного пола;

в) девочки склонны к лидерству, а мальчики к доносительству, ябедничеству;

г) у детей обоего пола отмечается высокий уровень невротизации.

13) В целях правильного полового воспитания общество должно всеми доступными средствами пропагандировать социально значимые образцы личности мужчины и личности женщины.

14) Этап психосексуальных ориентаций личности начинается с 10–12-летнего возраста, еще до появления первых поллюций и менструаций.

15) Излишняя сексологическая информация с 10–12 до 18–20 лет является половой стимуляцией.

16) Передаче ребенку информации по половому развитию и другим вопросам мешает естественное чувство стыда у родителей и воспитателей, желательным является поступление такой информации через книги, написанные для соответствующих возрастов.

Рекомендации для родителей и педагогов

Успех полового воспитания подрастающего поколения зависит от уровня сексуальной культуры и знаний у родителей, педагогов, воспитателей, а также образцов подражания в социуме.

Задачей родителей и педагогов является выявление, исходя из их знаний, различных сексуальных отклонений у детей и подростков и незамедлительное их консультирование у психологов и сексопатологов.

Рекомендации для педиатров

Отклонения в психосексуальном развитии детей и подростков в социуме имеют место в гораздо большей степени, чем это выявляется на врачебном приеме, поэтому необходимо более глубокое и детальное изучение детской и подростковой сексопатологии.

Консультируя ребенка по своей специальности, следует задать несколько вопросов, касающихся его психосексуального развития. При малейших подозрениях о нарушениях необходимо привлечь к работе с ребенком психолога или сексопатолога.

ВОПРОСЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ПОДРОСТКАМИ ВРАЧАМ-СЕКСОЛОГАМ

1. Когда можно начинать половую жизнь?

• По законам Республики Беларусь — с 18-летнего возраста, хотя автору данного вопроса начинать половую жизнь еще рано, так как вступление в половую жизнь — самый серьезный поступок зрелой личности, понимающей всю серьезность своего шага и несущей всю полноту ответственности за это. Судя по вопросу, автор еще не готов к такому шагу.

2. Как избавиться от мастурбации?

• Наиболее часто встречающаяся форма мастурбации — мастурбация периода юношеской гиперсексуальности (12–21 год), которую специалисты расценивают как одну из форм нормальной половой активности в этом возрасте. При отказе от мастурбаторных актов излишки накопившейся спермы выбрасываются самостоятельно, чаще в виде ночных поллюций. И то и другое считается нормальным проявлением сексуальности молодых людей. Тем не менее существует и навязчивая форма мастурбации, продолжающаяся после вступления в брак. В подобных случаях необходима помощь врача-сексопатолога или психолога.

3. Что такое поллюции?

• Это непроизвольное выделение спермы, происходящее чаще всего во сне. Поллюции являются признаком полового созревания подростка и сохраняются до глубокой старости, исчезая в периоды интенсивной половой жизни или мастурбации.

4. Вредно ли половое воздержание?

Специалисты считают, что половое воздержание в молодом возрасте безвредно, так как поллюциями поддерживается определенный психофизический комфорт организма молодого человека. После 45–50-летнего возраста отсутствие активной половой жизни в ряде случаев может привести к сексуальным расстройствам.

5. Что такое оральный секс и как к нему относиться?

Под оральным сексом понимают контакт рта с половыми органами партнера. Отношение к нему зависит от диапазона приемлемости личности, воспитания и степени доверия к партнеру.

6. Кто такие «голубые»?

• Данный слэнг употребляется в отношении мужчин-гомосексуалов. Термин «гомосексуалист» является неправильным, так как мы не употребляем слова гетеросексуалист, бисексуалист, а говорим — гетеросексуал, бисексуал.

7. От чего возникает импотенция?

• Термин «импотенция» в настоящее время не употребляется в сексологии. Когда мы говорим о слабости эрекции (напряжении полового члена) мужчины, употребляется термин «эректильная дисфункция». Причин возникновения половой слабости у мужчин множество, среди которых выделяют сосудистые, психогенные, эндокринные и прочие нарушения.

8. Какой нормальный размер полового члена?

• В состоянии покоя размеры полового члена половозрелого мужчины колеблются от 5 до 12 см (в среднем 7–8 см). Подобные вопросы беспокоят многих, и не только подростков. Вызвано это бытующим в культурах многих народов мнения о прямой связи величины полового члена и успешности совершения половых актов, естественно, подразумевая под успешностью сексуальное удовлетворение женщины. Современная сексология относит это к числу сексуальных мифов, т. е. убеждений, разделяемых большими группами людей о нормальных проявлениях сексуальности человека, чаще всего оказывающихся заблуждениями, превратными и/или ошибочными представлениями, тем не менее отражающиеся на половом поведении человека и формирующие в ряде случаев сексуальные нарушения.

Половой член в состоянии возбуждения увеличивается больше у тех, у кого в состоянии покоя он меньших размеров (поэтому эрекцию и называют «великой уравнительницей»), и средние размеры эрегированного пениса колеблются от 10 до 16 см, иногда больше.

Сексологами установлено, что величина полового члена не имеет особого значения для сексуального удовлетворения женщины. Порой даже наоборот, гигантский (более 20 см) половой член нередко таит в себе опасность при грубых, интенсивных фрикциях в сочетании с неудачно выбранной позицией полового акта быть причиной разрыва влагалища.

По мнению ведущих сексологов мира (Мастерс, Свядощ), мужчина способен к нормальной половой жизни, если половой член в состоянии эрекции (напряжения) составляет всего 4 см. В основе такого мнения лежат фундаментальные исследования, убедительно доказывающие достижение большинства женщинами оргастических переживаний при фрикционной стимуляции во время полового акта 4 см влагалища.

9. Как избавиться от фригидности?

• Сексуальное безразличие женщины (фригидность) в подростковом и юношеском возрасте — явление абсолютно нормальное. Интерес к половой жизни возникает лишь при определенной зрелости личности женщины вместе со стажем регулярной половой жизни (не менее 1 года) с любимым человеком. Поэтому сексологи не работают с супружескими парами, жалующимся на фригидность, если их стаж совместного проживания не составляет хотя бы 1 год.

10. Что такое стерилизация?

• Стерилизация — это лишение человека способности к воспроизводству потомства. Как правило, применяется как способ ограничения рождаемости и заключается в перевязке и хирургическом пересечении маточных труб у женщин и семявыносящих протоков у мужчин.

11. Влияют ли лекарства, продающиеся в аптеке, на половое здоровье?

• В настоящее время известно более 200 лекарственных препаратов, применяемых для лечения различных заболеваний, прием которых отражается на половой функции человека. В этой связи проблемы сексуального здоровья на фоне любой хронической болезни требуют консультации врача-сексопатолога.

12. Полезно ли глотать сперму?

• Формы удовлетворения полового влечения весьма разнообразны, и степень свободы действий партнеров определяется глубиной их чувства и желанием доставить радость другому. З. Фрейд в «Очерках по психологии сексуальности» писал: «Не подлежит сомнению, что половые органы другого пола не могут быть предметом отвращения». О полезности спермы как пищевого продукта данных практически нет, за исключением факта, что 1 мл спермы содержит всего 5 килокалорий.

13. Как часто бывают поллюции?

• Частота поллюций у половозрелого человека колеблется от 1–2 раз в неделю до 1 раза в 3 месяца. Следует заметить, что при половой жизни или мастурбаторных актах в таком же режиме поллюций у здорового мужчины может не быть всю жизнь.

14. Что такое петтинг?

• Петтинг — это преднамеренная стимуляция партнерами эрогенных зон в условиях двухстороннего контакта с целью достижения оргазма, исключая половой акт.

15. Насколько надежен презерватив?

Примерно на 98%, хотя многое зависит от правильного его использования. Менее надежен презерватив от заражения сифилисом.

16. Вредно ли обрезание и зачем его делают?

• Под обрезанием понимают хирургическую операцию по удалению крайней плоти полового члена или (реже) клитора.

Известно, что обрезание применялось в ритуальных целях еще в Древнем Египте 5 тыс. лет назад фараонами и жрецами, а всем прочим категориям население это было строжайше запрещено. Многие места Ветхого Завета свидетельствуют, что заимствовавшие у египтян обряд обрезания древние евреи гордились этим знаком отличия, и до настоящего времени у них и мусульман он сохраняет такой же религиозный смысл, как и крещение у христиан. Верующие евреи совершают ритуальное обрезание у младенцев на 8-й день их жизни, как символ кровного завета, а мусульмане — у мальчиков в возрасте 3–14 лет.

В Эфиопии и Индонезии обрезание практикуется местными жителями-немусульманами, обычно незадолго до вступления в брак, в присутствии невесты и всего племени, так как обряд является своего рода экзаменом для мужчины (сексуальная инициация).

Обрезание применяется также по медицинским показаниям (например, при фимозе), в том числе как профилактическая мера, исключающая вероятность возникновения инфекции, рака *головки полового члена* и скопления *смегмы* в препуциальном пространстве. Вместе с тем противники профилактического обрезания указывают на более частое развитие после подобной операции некоторых сексуальных расстройств и инфекций мочеполовых путей.

17. Что такое смегма?

• Смегма — это творожистого вида образования, накапливающиеся под крайней плотью полового члена. Представляет собой секрет специальных желез, расположенных в этой области, который при длительном застое разлагается, вызывая воспаление головки полового члена. С целью профилактики такого осложнения необходимо 1–2 раза в сутки смывать смегму теплой водой с мылом.

18. Я его люблю, а оргазма все нет. Почему?

• Любовь — это высшая степень доверия партнеру, создающая условия для сексуальной разрядки женщины. Тем не менее это только одно из условий достижений женщиной оргиастической разрядки. Немаловажную роль здесь играют диапазон приемлемости партнеров, уровень психосексуальной зрелости женщины, ее тип половой конституции, сексуальный опыт и многое другое.

19. Что такое инцест?

• Это половая связь между близкими родственниками (братом и сестрой, родителями и детьми). Синонимом инцеста является термин «кровосмешение».

20. Кто такой гермафродит?

• Это индивид, имеющий нарушение полового развития, при котором наружные половые органы имеют признаки мужского и женского пола одновременно.

21. Кто такие педофилы?

• Педофилия — это сексуальное отклонение в виде стремления к сексуальным действиям с детьми, пол которых нередко не играет для педофила существенной роли. Ведущим является влечение к неполовозрелому телу ребенка.

22. Сколько времени должен длиться нормальный половой акт?

• Как правило, продолжительность половых актов зависит от интервалов во времени между ними: чем короче пауза, тем продолжительней последующий половой акт. Установлено, что в среднем продолжительность полового акта составляет 2–3 минуты.

23. Почему во время полового акта мне больно?

• Боль во время полового акта (гениталгия) может быть связана с трещинами входа во влагалище, воспалением влагалища или придатков матки, вагинизмом (спазмом мышц входа во влагалище) и т. д. Однако наиболее частой причиной генитальгии является недостаточная любрификация влагалища (так называемая «смазка»), делающая фрикционные движения безболезненными. Любрификация — непроизвольная реакция женского организма как результат желания женщины вступить в половую близость с данным партнером, в данное время и в данной обстановке.

24. Вреден ли анальный секс?

• Анальный секс всегда травматичен для слизистой оболочки прямой кишки, не приспособленной для фрикций половым членом.

25. Можно ли восстановить девственную плеву?

• Да, успехи современной пластической хирургии позволяют провести операцию по восстановлению целостности девственной плевы — рефлорацию.

26. Можно ли позволить мальчику трогать мои половые органы?

• Если ты этого не хочешь — нельзя.

27. Можно ли забеременеть, если половой акт происходит в положении стоя?

• Можно, так как имеет значение лишь место попадания спермы в половые пути женщины и чем ближе к шейке матки, тем выше шанс наступления беременности.

28. Можно ли жить половой жизнью во время менструации?

• Это опасно как для здоровья мужчины (чревато воспалением мочеиспускательного канала, так называемый менструальный уретрит), так и для женщины. С первой порцией менструальной крови вымывается слизь канала шейки матки, играющая защитную роль для вышерасположенных половых путей женщины, в связи с этим резко возрастает опасность воспалительных процессов.

29. У меня не открывается головка полового члена. Почему?

• Подобное состояние называется фимозом и подлежит оперативной коррекции с освобождением головки полового члена.

30. Почему половой член искривлен?

• Незначительное искривление полового члена во время эрекции — явление довольно распространенное, что не мешает мужчине жить нормальной половой жизнью. Резкое его искривление встречается крайне редко и является либо врожденным состоянием, связанным с недоразвитием одного из кавернозных тел полового члена, либо заболеванием, называемым фибропластической индурацией полового члена или болезнью Пейрони, что требует лечения у андрологов.

31. Есть ли зависимость формы носа и величины полового члена?

• В сексологии такой связи не выявлено.

32. Вредно ли частое подмывание?

• Нет, не вредно. Если говорить о спринцевании (промывание водой или специальными растворами влагалища), нужно отметить, что без медицинских показаний делать этого не следует, так как при данной процедуре изменяется нормальная флора влагалища, что приводит к прямо противоположному эффекту.

33. Вредно ли носить плавки?

• Да, и в особенности синтетические, которые создают «парниковый эффект».

Основная функция мошонки — поддержание постоянной оптимальной температуры для созревания сперматозоидов (33–34 °С), что достигается подтягиванием мошонки к промежности и ее сжатием при воздействии холодом и ее растяжением (расслаблением) с увеличением площади теплоотдачи при повышении температуры. В этой связи постоянное ношение плотных синтетических плавок мужчинами можно расценивать как разновидность аутокастрации. Важнейшая функция мошонки — терморегулирующая, т. е. поддерживание, для нормального сперматогенеза, вокруг яичка постоянной температуры, на 2-4 °С. ниже температуры брюшной полости, где закладывалось и развивалось яичко до родов.

34. Почему у меня одно яичко?

• Наличие одного яичка в мошонке носит название одностороннего крипторхизма (обоих яичек — двустороннего крипторхизма), что имеет место примерно у 1% мужчин. Оперативное лечение, заключающееся в опущении яичка в мошонку, целесообразно производить не позднее 3–5 лет ребенка.

35. Правда ли, что варикоцеле влияет на потенцию?

• Такими данными специалисты не располагают, однако даже незначительное расширение вен семенного канатика может отражаться на оплодотворяющей способности мужчины.

36. Кто такие транссексуалы?

• Это индивидуумы, считающие себя лицами противоположного пола и требующие от врачей хирургической и гормональной коррекции их состояния. Считается, что в основе транссексуализма лежат «поломки» развития головного мозга во время беременности.

37. Почему в 17 лет я еще не бреюсь?

• Начало роста волос на лице крайне индивидуально и в среднем составляет возраст 14–15 лет. Ваш возраст можно расценивать как крайний вариант нормы, однако консультация эндокринолога не будет лишней.

38. Можно ли забеременеть без оргазма?

• Можно, и даже легче, чем при его достижении, когда сокращение мышц влагалища при оргастических сокращениях выдавливает часть спермы наружу.

39. Что такое «влажные сны»?

• Это сон, во время которого имеет место поллюция.

40. Что такое девственный брак?

• Под девственным браком понимают брак, в котором супруги длительное время (месяцы, годы) не могут начать нормальную половую жизнь вследствие невозможности пенетрации (введения) полового члена во влагалище. Сексологическая практика показывает, что, в среднем, терпения одного из супругов, считающего себя сексуально здоровым, хватает от нескольких месяцев до 1–2 лет, в зависимости от мотивации как заключения брака, так и его сохранения (нередко меркантильной). Однако, скорее всего, такая статистика далеко не достоверна, так как к врачам-сексологам или психотерапевтам обращается значительно меньше супружеских пар, чем в суды для развода. Причем и в судах истинная причина расторжения брака остается нераскрытой, и нередко даже близкие родственники бывших супругов не догадываются о разыгравшейся трагедии. В то же время некоторые супружеские пары продолжают проживать в

таком браке порою длительное время (до 20 лет), однако чаще всего лишь в случаях достижения сексуальной разрядки хотя бы с помощью петтинга.

Наиболее часто встречается так называемая фобическая форма (от греческого phobos — страх), на которую приходится 2/3 девственных браков и которая характеризуется навязчивым страхом полового акта (коитофобией), так как его совершение (и особенно акт дефлорации) ассоциируется у жен с невыносимыми болевыми ощущениями, которые они характеризуют как «адские», «сводящие с ума», «останавливающие сердце» и т. п.

Страх возможной боли при разрыве девственной плевы («которая, конечно же, будет ужасной и нестерпимой») и обильного, «смертельного» кровотечения значительно превышает все положительные чувства к мужу и даже ставит под угрозу перспективы сохранения данного брака. Разрешающая, казалось бы, любые ласки жена вдруг начинает отталкивать мужа, оказывает интенсивное сопротивление, плачет, умоляет его перенести попытку на «завтра», как только муж пытается приступить к конкретным действиям.

Игнорантная форма (от латинского слова ignöranter — по неведению) девственного брака определяется неопытностью партнеров, их неосведомленностью в элементарных вопросах сексологии, недостаточной ориентации в топографии половых органов женщины и узким *диа*пазоном приемлемости. У таких девушек имело место довольно жесткое половое воспитание, а у мужчин, как правило, отсутствовали сексуальные игры со сверстниками в детстве. Не удивительно, что часть супругов не знает даже месторасположения входа во влагалище, не говоря уже о том, чтобы решиться визуально обследовать жену (что, кстати, она не позволяет даже на десятом году совместной жизни, считая это развратом). Да и муж в таком браке не очень на этом настаивает, особенно если петтинговый оргазм его полностью устраивает. Обычно на врачебном приеме супруги жалуются, что при попытке введения полового члена во влагалище, он либо «во что-то упирается», либо «соскальзывает вниз». Найти и устранить причину неудач они поручают врачу. Совет же последнего — мужу самому обследовать собственную жену с возможным осторожным введением кончика мизинца за девственную плеву — нередко воспринимается как призыв все к тому же разврату. Такая форма представлена примерно в каждом шестом девственном браке.

Импотентная форма (от латинского impotentia » бессилие) девственного брака имеет место в каждом пятом случае и вызвана хроническим нарушением половой функции у мужчины в виде слабости адекватных эрекций полового члена или преждевременной эякуляции, наступающей еще до введения полового члена во влагалище.

Лечение здесь заключается в том, чтобы убедить девушку, что манипуляции в области девственной плевы или входа во влагалище безболезненны, и рекомендовать проводить так называемый «тренинг входа во влагалище». Манипулируя собственной рукой в этой области, она должна убедить саму себя, что эти ощущения не только безболезненны, но и приятны. Затем подобные действия совершает супруг, вначале рукой, а затем и половым членом. Некоторые трудности возникают лишь тогда, когда присоединяется непроизвольный спазм мышц влагалища — вагинизм.

41. Что такое фроттеризм?

• **Фроттеризм** (**фроттаж**). Этот вид сексуальной патологии заключается в достижении сексуального удовлетворения мужчины при трении половыми органами о различные части тела женщины. Обычно он практикуется в общественном транспорте, когда в условиях тесноты возможно осуществить задуманное. Сохраняя внешне спокойный вид, мужчина прижимается к ягодицам или бедру понравившейся женщины и трением о ее тело добивается эрекции и даже эякуляции. Насильник, как правило, действует молча, выглядит безучастным и в случае покорности жертвы активизирует и расширяет свои действия. Испытывая стыд, замешательство, страх из-за того, что происходящее увидят окружающие, женщины обычно молча переходят на другое место либо выходят на ближайшей остановке. Реже женщина реагирует на посягательство на ее тело агрессией, обращением за помощью к окружающим и т. д.

Фроттеризм следует расценивать как одну из форм сексуального насилия.

Среди фроттеристов встречаются как люди замкнутые, не имеющие возможности наладить общение с лицом противоположного пола, так и сексуально легковозбудимые.

На удивление, фроттеристов значительно больше, чем можно даже предположить. Проведенные исследования показали, что около 20% опрошенных женщин признавались, что «нечто по-

добное» в их жизни уже было. В одной из западных газет было помещено признание одного фроттериста, который утверждал, что за 20 лет имел почти 10 тысяч актов фроттажа!

Среди возможных причин подобного поведения специалисты предполагают недостаточный телесный контакт мальчика с матерью в раннем детстве или стремление мужчины обладать многими женщинами хотя бы в такой форме.

42. Кто такие эксгибиционисты?

• **Эксгибиционизм** (то же, что садизм демонстрационный, нарциссизм пенисный) — расстройство сексуального предпочтения (парафилия), характеризующееся периодической или постоянной потребностью в демонстрации своих половых органов незнакомым и не ожидающим этого лицам (обычно женского пола) при социально несоответствующих условиях и без намерений и предложений более близкого контакта. Наиболее часто встречается садистический тип эксгибиционизма, когда сексуальное возбуждение индивида достигается созерцанием шока и/или страха жертвы, усиливающееся риском быть задержанным на месте преступления. Мазохистический тип предполагает рост сексуального возбуждения при агрессивной реакции жертвы.

Эксгибиционизм встречается обычно у мужчин, хотя ряд специалистов к проявлениям женского эксгибиционизма относят нудизм, стриптиз, глубокие декольте или короткие юбки. Среди многочисленных причин возникновения данной парафилии предполагают жесткое половое воспитание, в результате которого ребенок не смог (был лишен возможности) продемонстрировать свои гениталии лицам противоположного пола в период сексуальных игр. При акте обнажения характерное глубокое чувство личностной ущербности хотя бы временно повышает его самооценку.

Ряд зарубежных специалистов, изучавших эту патологию сексуального поведения мужчин, пришло к выводам, что большинство эксгибиционистов состоят в браке, обеспечены работой, обладают довольно высоким уровнем интеллектуального развития. Но по своей природе они застенчивые и робкие натуры.

43. Почему у меня при половом возбуждении из мочеиспускательного канала выделяется какая-то прозрачная жидкость?

• Истечение (выделение) прозрачной тягучей жидкости из мужского мочеиспускательного канала, имеющее место при половом возбуждении, носит название либидинозной уретрореи. Является нормальным (физиологическим) явлением у лиц половозрелого возраста. Выделяемая наружу при половом возбуждении жидкость состоит в основном из секретов желез Литтре и желез Купера и предназначена для увлажнения слизистой оболочки мочеиспускательного канала и нейтрализации остатков кислой мочи в уретре. Тем самым создаются благоприятные условия для прохождения спермы и не ухудшающие ее качество.

Важно отметить, что происходит это обычно тогда, когда эрекция полового члена еще не достигла своего максимума, и, выделяясь из наружного отверстия мочеиспускательного канала, эта прозрачная тягучая слизь (особенно когда объем ее довольно значительный) зачастую принимается за преждевременную эякуляцию. Последний факт особенно беспокоит мужчин, по тем или иным причинам контролирующих состояние своих половых органов при сексуальной близости. После подобного ошибочного умозаключения половое возбуждение довольно быстро исчезает вместе с остатками эрекции полового члена. Существует также мнение о природной предназначенности либидинозной уретрореи, смазывающей головку пениса своим скользким секретом, облегчая тем самым интроитус полового члена во влагалище. Следует заметить, что с возрастом мужчины выраженность либидинозной уретрореи обычно проявляется все в меньшей степени, вплоть до ее почти полного отсутствия в инволюционном периоде.

44. Слышала, что существует и женские презервативы.

• Одноразовое женское индивидуальное средство предохранения от нежелательной беременности и инфекций, передающихся половым путем, в первую очередь — ВИЧ-инфекции, вводимое во влагалище перед вагинальным коитусом, носит название фемидом. Является своеобразным гибридом презерватива и влагалищного кольца. Предложено было в 80-е годы прошлого века датчанами. Женский презерватив иногда еще называют вагинальной сумкой. Представляет собой тонкий полиуретановый мешочек длиной 17 см с внутренним фикси-

рующим кольцом диаметром 5 см на его закрытом конце, помещаемым ближе к шейке матки, и наружным кольцом диаметром 7 см на его открытом конце, покрывающем вульву. Основная идея — максимально закрыть (защитить) женские половые пути женщины и промежность от возможности проникновения через микротрещины на коже микроорганизмов при половом контакте.

В связи с неэстетичностью его применения (воспринимается как целлофановый пакет, введенный глубоко во влагалище), а также с наличием шуршащих и скрипучих звуков при фрикционных движениях полового члена средство пока не нашло широкого применения. Считается, что фемидом является средством выбора при половых контактах с партнером, инфицированным ВИЧ-инфекцией.

1.4 Закрепление материала

1.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель подчеркивает значимость проблемы психосексуального здоровья детей и подростков, останавливается на этапах психосексуального и полового развития, основных формах психосексуальных отклонений.

ЗАНЯТИЕ 2

Насилие. Консультирование подростков по вопросам насилия

Вид занятия: комбинированное:
- теоретическое занятие с элементами проблемного обучения;
- практическое занятие с применением технологии имитационного тренинга.

Цель:
Обучающая: изучить особенности консультирования подростков по вопросам сексуального насилия.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- основные виды насилия и их особенности;
- психологические особенности подростков, подвергшихся насилию (защитные реакции, особенности восприятия);
- особенности консультирования подростков по проблеме насилия;
- называть факторы риска быть подвергнутым насилию;
- перечислять основные способы манипулирования в среде подростков;
- описывать способы поведения в ситуации угрозы насилия;

б) должны уметь:
- определять признаки насильственного отношения к подростку;
- выбирать модель консультативной помощи в зависимости от запроса подростка;
- проводить консультирование в соответствии с алгоритмом;
- предоставлять информацию в удобной и доступной для подростка форме.

Время занятия: 2 академических часа.

Оснащение занятия:
1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
2.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		5 мин
2.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		5 мин
2.3	Определение понятия «насилие», его виды и особенности.	Лекция (презентация)	20 мин
2.4	Изучение темы «Психологические и поведенческие особенности подростков, подвергшихся насилию».	Лекция (презентация)	15 мин
2.5	Изучение темы «Особенности консультирования подростков по проблеме насилия». Вопросы темы: 1. Восстановление доверия подростка к взрослому. 2. Алгоритмы консультативной помощи подростку после пережитого насилия.	Лекция (презентация)	40 мин
2.6	Изучение темы: «Профилактика насилия в среде подростков». Вопросы темы: 1. Факторы риска. 2. Способы манипуляции в среде подростков. 3. Способы поведения в ситуации угрозы сексуального насилия.	Лекция (презентация)	15 мин
2.7	Закрепление материала.		5 мин
2.8	Подведение итогов занятия. Обмен опытом в работе с подростками по проблеме насилия.		5 мин

2.1 Организационный момент

2.2 Актуальность темы

Сегодня работники служб, оказывающих медико-психологическую помощь подросткам, пострадавшим от различных видов насилия, испытывают острую потребность в понимании их особенностей и освоении эффективных методик работы с ними. Каким должно быть содержание медико-консультативной работы? Как помочь подростку восстановить позитивное отношение к себе и другим людям, к жизни в целом, укрепить собственное «Я», выйти из позиции «жертвы» или «сильного парня» (агрессора) и стать человеком, который способен доверять себе и другим, защитить себя? — вот вопросы, которые необходимо рассмотреть в данном разделе.

2.3 Насилие, виды насилия в отношении подростков и их особенности

Насилие — это все виды давления или действий над подростком, против его воли, причиняющие моральный и физический вред его здоровью.

Виды насилия и их признаки

Различают четыре основных формы насилия над подростками: физическое, сексуальное, психологическое и экономическое насилие.

1. Физическое насилие — это преднамеренное нанесение физических повреждений подростку, включая телесные наказания, вовлечение или принуждение их к употреблению алкоголя, наркотиков и других токсических веществ.

Признаки физического насилия:

- синяки, укусы, ожоги, рубцы, неслучайного происхождения; следы удушья;
- не имеющие четкого объяснения со стороны родителей повреждения, включая переломы;
- ношение одежды, скрывающей синяки;
- боязнь идти домой;
- подросток обвиняет себя в провоцировании насильника;
- испытывает волнение и страх, слыша громкие, возбужденные голоса взрослых и др.
- подросток напуган, сердит или печален;
- считает удары и избиения заведенным в семье порядком;
- имеет низкую самооценку.

2. Сексуальное насилие — это вовлечение подростка с его согласия или без такового в сексуальные действия с целью получения удовлетворения или выгоды. Согласие подростка на сексуальный контакт не дает оснований считать его ненасильственным, поскольку он не обладает свободой воли и не может предвидеть все негативные для себя последствия.

Признаки сексуального насилия:

- синяки, зуд, кровь в области половых органов;
- трудности при ходьбе и сидении;
- отсутствие аппетита или переедание;
- расстройство сна, ночные кошмары;
- ненависть к своему телу;
- глубокая депрессия с частыми суицидальными попытками или мыслями;
- венерические заболевания;
- беременность;

- не соответствующие возрасту знания в области сексуальных отношений; беспорядочные половые связи; появление соблазняющей манеры поведения.

3. Психологическое (эмоциональное) насилие — это периодическое, длительное или постоянное психическое воздействие на подростка, тормозящее развитие личности и приводящее к формированию патологических черт характера. Сюда относятся: открытое неприятие и постоянная критика; угрозы, замечания, высказанные в оскорбительной форме, унижающие достоинство; преднамеренное ограничение общения подростка со сверстниками или другими значимыми взрослыми и др.

Признаки психологического (эмоционального) насилия:

- низкая самооценка, подросток чувствует себя нелюбимым, ненужным, никчемным;
- агрессия в отношении со сверстниками и сиблингами;
- демонстрация псевдозрелости и псевдонезависимости как защиты;
- суицидальные угрозы;
- подросток печален и расстроен (депрессивный фон);
- не может внутренне почувствовать успех, считает себя не заслуживающим его и др.
- считает, что родители унижают, критикуют его, угрожают бросить;
- проявляет недоверие к взрослым.

4. Экономическое насилие — умышленное лишение одним членом семьи другого члена семьи (подростка) жилья, еды, одежды и иного имущества либо средств, на которые потерпевший имеет предусмотренное законом право. Отказ подростку в доступе к средствам к существованию, что может привести к его смерти, вызвать нарушение физического или психического здоровья. Сюда также относятся запрет на получение образования и/или трудоустройство с целью создания напряженной обстановки.

Признаки экономического насилия:

- лишение или постоянное ограничение в средствах к существованию;
- требование отчитываться во всех, даже самых мелких расходах;
- взрослый располагает средствами, которые может тратить исключительно на себя и по своему усмотрению, в то время как подросток не имеет такой возможности;
- обвинения в иждивенчестве;
- запреты на учебу, работу и др.;
- угрозы, носящие экономический характер.

Основная сложность определения жертв насилия — это то, что их поведение не является каким-то особенным, типичным, не имеет одинаковых, конкретных симптомов, позволяющих точно диагностировать факт и жертву насилия.

Социальные факторы, повышающие риск проявления насилия в отношении подростков:

- наличие в семье больного алкоголизмом или наркоманией, вернувшегося из мест лишения свободы;
- безработица, постоянные финансовые трудности;
- постоянные супружеские конфликты;
- низкий уровень культуры, образования;
- негативные семейные традиции;
- умственные или физические недостатки подростка;
- «трудный» подросток.

Подростки, воспитывающиеся в семьях, где соседствуют несколько таких факторов, например алкоголизм одного или двух родителей, регулярные скандалы, финансовые трудности, еще больше подвержены опасности, стать жертвами насилия и жесткого обращения со стороны родителей или других близких родственников, а также опекунов или приемных родителей.

Особенности поведения родителей или попечителей, позволяющие заподозрить жестокость по отношению к подростку:

- противоречивые, путаные объяснения причин травм у подростка или отказ дать объяснения;
- позднее обращение за медицинской помощью, иногда инициатива обращения за помощью исходит от постороннего лица;
- перекладывание ответственности за травму на самого подростка;
- неадекватность реакции родителей на тяжесть повреждений, в сторону их преувеличения или преуменьшения;
- отсутствие обеспокоенности за судьбу подростка;
- невнимание к подростку, неоказание ему эмоциональной поддержки, лишение ласки;
- поведенческие признаки психических расстройств или патологических черт характера (агрессивность, возбужденность, неадекватность и др);
- выказывание большой обеспокоенности собственными проблемами, не относящимися к здоровью подростка;
- повествование о том, как их наказывали в детстве.

2.4. Психологические и поведенческие особенности подростков, переживших насилие

Чтобы определить цели консультативной помощи подросткам — жертвам насилия, необходимо знать особенности этих детей. Прохождение человека через чрезвычайные ситуации, где он пребывает в роли жертвы, чревато не просто недоверием к окружающему миру, но нередко приводит к его психологическому разрушению («слому»). Поэтому одновременно с решением медицинских задач, консультант должен помочь подростку справиться со стрессом.

Направление действия защитной активности могут быть различны:

а) отчуждение от людей и агрессивная активность, направленная на преодоление препятствия любой ценой (такую активность часто характеризуют словами: «Не человек, а танк», «пойдет по головам»);

б) отчуждение от себя, поиск того, кто разрешит ситуацию;

в) пассивное, обороняющееся поведение (уход).

Подросток, пострадавший от сексуального насилия, может длительное время находиться в состоянии **посттравматического стресса (ПТС)**, особенно если он не проходил восстановительного лечения или сеансов психотерапии. Такие подростки могут проявлять три типа поведенческой реакции:

1) экспрессивный: подросток проявляет сильные эмоции, может плакать, кричать, рыдать или смеяться, дрожать, но главное — он не может контролировать свои эмоции;

2) контролирующий: подросток пытается сдерживать себя, и внешне его поведение не отличается от обычного или он даже выглядит спокойнее обычного,

3) шоковый: подросток как бы оглушен, подавлен, трудно понять, что с ним произошло.

Эти типы поведенческих реакций могут сменять друг друга.

Признаки посттравматического стресса

Навязчивые воспоминания, образы, мысли. Они могут возникать спонтанно, в любое время дня и ночи, без связи с контекстом травмы. Например, во время школьных уроков, на занятиях перед глазами может возникнуть картина насилия, и подросток снова окажется в плену негативных переживаний и страхов. Обычно это состояние настолько сильное, что он на какое-то время полностью теряет чувство реальности и не может адекватно отвечать на вопросы и замечания учителей и одноклассников, реагировать на окружающих.

Воспоминания могут возникать и ассоциативно, когда что-то, напоминающее перенесенную травму, вновь актуализирует переживания. Например, вид человека, внешне похожего на насильника, окружающая обстановка, звуки или запахи, связанные с травмирующим событием, могут вновь его визуализировать, что приводит к тяжелому, устойчивому дистрессу. Прикосновения тоже могут напоминать о перенесенной травме.

Подростки часто во сне заново переживают сцены насилия: они вновь и вновь оказываются в той же обстановке, с теми же насильниками, испытывают тот же страх и ужас и просыпаются среди ночи в холодном поту, с криками о помощи. Иногда им снится несколько видоизмененная ситуация травмы: например, насильником становится совсем другой человек, или насилие совершается в каком-то незнакомом месте, или на протяжении всего сна ребенок пытается убежать от преследователя.

У подростков могут возникать иллюзии, галлюцинации, особенно в вечернее время или при недостатке освещения. Например, 14-летняя девушка, пострадавшая от изнасилования, на протяжении 3 месяцев поздно вечером постоянно “видела” в углу своей комнаты преступника, черты лица которого приобретали уродливый характер, пальцы рук превращались в когти, слышались угрозы с его стороны. Указанные расстройства восприятия вызывали панические реакции бегства, матери с большим трудом удавалось успокоить дочь.

Могут быть покраснения кожи, повышенное сердцебиение, гипервентиляция легких (одышка) и другие физиологические реакции на ситуации, актуализирующие психотравму. Например, внезапная рвота как реакция на показанное в телевизионной передаче сексуальное насилие.

Подросток не желает думать, чувствовать, рассказывать о случившемся, боится бывать в тех местах, которые были связаны с травмой. Например, девочка, подвергшаяся сексуальным развратным действиям в лифте, отказывается пользоваться им. Может наблюдаться забывание (амнезия) того, что произошло. Какая-то часть жизни как бы выпадает из памяти.

Возникает чувство непохожести на других, отторжения, отстраненности и одиночества. Особенно эти чувства болезненно переживаются подростками, которым в силу их возраста хочется быть похожими на сверстников, ощущать чувство общности, принадлежности к какой-либо группе. В связи с этим появляется чувство, что нет больше будущего, что ничего хорошего его в жизни больше не ждет; существенно снижается интерес к тому, что раньше его занимало; наблюдаются мысли о смерти или попытки самоубийства; депрессивные переживания.

У подростков, пострадавших от сексуального насилия, проявляются типичные для них симптомы:

Наличие страхов. Их может быть много, и часто они имеют сильную степень выраженности. Некоторые подростки не в состоянии находиться одни в комнате, боятся темноты, взрослых людей, даже тех, кого знают, боятся идти по улице.

Повышенная возбудимость или чрезмерная бдительность. Так, подростки становятся гиперактивными, они не могут усидеть на месте, постоянно проявляют беспокойство. Но может возникать и повышенная бдительность, когда подросток постоянно проверяет, находятся ли его вещи на месте, закрыл ли он квартиру и др.

Агрессивность по отношению к другим. У подростков бывают резкие вспышки раздражения, они не контролируют себя, дерутся, жестоко обращаются с животными, проявляют сильный гнев или ярость. Замечено, что у мальчиков и девочек обычно разные реакции: мальчики чаще агрессивны по отношению к другим, а девочки постарше могут проявлять агрессию против себя.

Низкий уровень самооценки. Подростки, пострадавшие от сексуального насилия, испытывают чувство беспомощности, вины, неверия в свои силы и, как правило, плохо к себе относятся: «Я сама виновата»; «Я — грязная».

Склонность к самодиструктивному поведению. Занимаясь самоистязанием, причиняя себе вред, физическую боль, подросток как бы помогает себе вернуться в реальную жизнь, так как в своих мыслях и чувствах он постоянно пребывает в пережитой травмирующей ситуации. Переносить физическую боль ему легче, чем испытывать боль душевную.

Нарушение доверия к окружающим людям. У подростков постоянно присутствует ощущение опасности. Они боятся взрослых, причем не только мужчин, от которых чаще исходит насилие, но и женщин, их пугают новые жизненные ситуации.

Диссоциация. Это — экстремальная форма адаптации ребенка. Он как бы отделяет себя от тела и погружается в свои мысли, достигая ощущения эмоционального безразличия к миру. Состояние выключенности бывает очень кратковременным, но если ребенок не найдет других, более конструктивных способов адаптации и будет часто практиковать подобный защитный механизм, то это может привести к раздвоению личности, к множественности личности, что происходит, правда, довольно редко.

Неконтролируемая сексуальность или отвращение к сексу. У подростка, пострадавшего от сексуального насилия, может существенным образом измениться его дальнейшее психосексуальное развитие. Оно может привести его к крайним формам: от отвращения и страха близких, интимных, отношений до постоянной потребности в сексуальных контактах.

Психологические последствия сексуального насилия могут быть ближайшими или отдаленными. Посттравматические стрессовые нарушения проявляются у ребенка сразу же после травмы, в острой форме — от 1 до 3 месяцев; в хронической форме — если они имеют место свыше 3 месяцев. Отдаленные психологические последствия сказываются на протяжении всей дальнейшей жизни подростка и могут негативно проявляться в различных сферах его жизнедеятельности.

Содержание и структура симптомокомплекса ближайших и отдаленных психологических последствий сексуального насилия зависит от многих факторов, в том числе от возраста ребенка, от того, кто является насильником: родители, знакомый ребенку человек или незнакомый; групповое это насилие или нет; развратные действия и изнасилования совершались на протяжении длительного времени или только один раз; сопровождалось ли сексуальное насилие физическим или эмоциональным насилием; угрозами, шантажом и т. д.

2.5. Особенности консультирования подростков по проблеме насилия

Задачи консультативной работы

Отмеченные нами особенности образа мира подростков, пострадавших от насилия, определяют задачи и содержание консультативной работы с ними.

Выбор модели консультативной помощи

Существует три основные модели оказания медико-психологической помощи подростку, пережившему насилие:

1) кризисное консультирование (острая ситуация; насилие, пережитое только что или несколько дней назад);

2) посттравматическое консультирование (ситуация, отсроченная во времени; насилие, пережитое 1–6 месяцев назад и более);

3) хроническая ситуация (систематические, продолжающиеся длительное время эпизоды насилия — чаще внутри семьи).

Основные принципы сопровождения:

- индивидуальный подход: поиск внутренних ресурсов клиента и опора на них;
- уход от жесткого планирования результата; поэтапное разрешение ситуации в соответствии с ее сложностью и особенностями;
- следование естественным закономерностям онтогенетического развития, проживания кризисных периодов жизни; любой человек может столкнуться с критической ситуацией, но и каждый может ее преодолеть;
- принцип реалистичности: консультант не берет на себя задачи «переделать клиента» и «обеспечить ему жизненное благополучие»; он лишь помогает ему преодолеть страх, перейти от отчуждения себя и мира к принятию ответственности за свою жизнь.

Восстановление доверия

Восстановление доверия — это начальный этап любой консультативной работы, когда все усилия консультанта направлены на решение двух основных задач: создание безопасной среды и конструирование доверительных, «помогающих» отношений.

При встрече консультанта с подростком, испытавшим насилие, решение этих задач приобретает особое значение: если подросток начнет доверять консультанту, у последнего появляется бесценная возможность «передать» свое собственное представление о жизни и отношение к ней.

Пострадавший подросток не доверяет взрослым. Насилие, от которого он пострадал, в первую очередь связано с предательством и злоупотреблением силой и властью над ним.

Приемы, способствующие созданию доверия между консультантом и подростком

Прежде всего, это организация пространства и времени. Поскольку в ходе соприкосновения с воспоминаниями о насилии неизбежны интенсивные переживания, чрезвычайно важна специальная организация уединенной атмосферы.

Необходима постепенная (буквально шаг за шагом!), взаимно осознаваемая работа по знакомству и созданию между консультантом и ребенком доверительных и устойчивых эмоциональных связей. Тогда станет возможным неторопливое и мягкое движение к теплоте, доверию, близости без резких, вызывающих ответную оборону, реакций.

Важно, чтобы подросток ощутил пространство комнаты, где он встречается с консультантом, как безопасное, прикрывающее и защищающее от опасностей внешнего мира; как сцену, на которой он безнаказанно может вынести наружу и заново прожить и изжить свою внутреннюю драму, а значит — восстановить и реконструировать разрушенный внутренний мир.

В работе с подростками, пострадавшими от насилия, неизбежно приходится затронуть тему межличностных отношений ребенка и «помогающего» взрослого. Взрослый должен не просто учитывать отношение подростка к себе, но и овладеть искусством создавать помогающие отношения, целесообразно выстраивать их динамику, (см. схему поэтапной консультативной помощи).

Если консультанту удается стать взрослым, которому подросток доверяет, то возможно восстановить те связи, которые были травматически прерваны, а значит — восстановить процесс развития и укрепить ощущение собственного «Я».

Позиция консультанта

Консультант должен занимать вполне определенную позицию: он всегда должен быть на стороне подростка и быть уверенным, что тот не отвечает за перенесенное насилие. Прежде чем начинать работу, консультант должен проявить душевную, духовную и поведенческую гибкость. И первый шаг, который необходимо сделать навстречу подростку, — это принять его.

Кризисное консультирование подростка по проблеме сексуального насилия

Этапы консультирования	Содержание консультирования
Установление контакта	а) чувство безопасности в физическом пространстве; б) формирование доверия к специалисту (консультанту); в) эмоциональная поддержка. Если наблюдается выраженная эмоциональная реакция (истерика, плач), необходимо предложить подростку воду, салфетки и, выдержав паузу, задать вопрос: «Что ты сейчас чувствуешь?», дав возможность отреагировать эмоции.
Сбор информации (анамнез)	Сделать акцент на выяснении фактов, способствующих определению первоочередных действий по устранению неблагоприятных последствий (кровотечения, ИППП, экстренная контрацепция). Подросток может находиться в состоянии шока и с трудом вербализировать произошедшее, необходимо провести беседу с сопровождающим взрослым или пригласить на прием психолога. Проводится осмотр подростка соответствующим специалистом. **Внимание!** Осмотр необходимо проводить с особой деликатностью, так как после пережитого сексуального насилия у подростка могут возникать негативные ассоциации. Перед каждой манипуляцией нужно объяснять подростку, что вы сейчас будете делать, говорить, зачем это нужно, и спрашивать разрешения.
Двухмерное определение проблемы	Выслушать основную жалобу. **Внимание!** Подросток может не осознавать реальных рисков и их последствий, фиксируя свои переживания на травматическом опыте. Консультант описывает подростку ситуацию и сам формулирует возможные проблемы с учетом полученной информации и проведенного осмотра.
Выбор альтернатив	Консультант предлагает подростку экстренную медицинскую помощь (включая необходимые диагностические мероприятия) и психологическую реабилитацию. Психологическая помощь рекомендуется и членам семьи. Если подросток пришел на прием в сопровождении взрослого, необходимо с последним обсудить вопрос об обращении в правоохранительные органы по факту насильственных действий.
Планирование	Подростку сообщается план действий с подробным пошаговым описанием Ф. И. О. специалистов, кабинетов, времени работы (желательно в письменном виде); выдаются направления на анализы. Осуществляется запись на прием к психологу. Консультант совместно с подростком четко определяет время и день следующей встречи, записывает номер его контактного телефона.
Деятельность	Подросток самостоятельно или в сопровождении взрослого проходит необходимое обследование.
Обратная связь	На повторном приеме консультант оценивает результаты анализов, УЗИ, осмотров и заключений других специалистов и составляет план дальнейших действий. **Внимание!** Необходимо уточнить у подростка, посещает ли он психолога, так как высока вероятность развития различных посттравматических последствий, депрессии, суицидального риска и т. д.

Посттравматическое консультирование подростка по проблеме сексуального насилия

Этапы консультирования	Содержание консультирования
Установление контакта	а) формирование доверия к специалисту (консультанту); б) особое внимание уделяется невербальной коммуникации, так как за прошедшее время могли сформироваться защитные реакции.
Сбор информации (анамнез)	**Вариант 1:** подросток пришел с проблемой пережитого насилия и связанными с ним последствиями (гинекологические, психосоматические, эмоциональные — страх бесплодия, беременности, ИППП). Проводится сбор анамнеза и осмотр подростка. **Вариант 2:** в процессе сбора информации и обсуждения других проблем выясняется факт пережитого насилия. Консультант делает акцент на поиске взаимосвязи между пережитым насилием и актуальной проблемой. Выявляются скрытые чувства, невербальные признаки и способы адаптации.
Двухмерное определение проблемы	**Вариант 1:** определяется область переживаний (медицинская, психологическая). Консультант уточняет, какой вид помощи для подростка будет наиболее полезным в данный момент. **Вариант 2:** определяется и обсуждается взаимосвязь между пережитым насилием и существующей проблемой, в результате чего появляется необходимость психологической проработки скрытых последствий.
Выбор альтернатив	Консультант предлагает подростку альтернативы решения существующей проблемы, а также прохождение психологической реабилитации. Проводится информирование по профилактике ситуаций насилия.
Планирование	С подростком обсуждается план действий. Осуществляется запись на прием к психологу. Возможно обращение в кризисный центр помощи жертвам насилия для прохождения групповой работы. Консультант совместно с подростком определяет время и день следующей встречи.
Деятельность	Подросток реализует намеченный план действий.
Обратная связь	На повторном приеме консультант оценивает результаты анализов, УЗИ, осмотров и заключений других специалистов и составляет план дальнейших действий.

Консультирование подростка по проблеме сексуального насилия (хроническая ситуация, внутрисемейное насилие)

Этапы консультирования	Содержание консультирования
Установление контакта	а) чувство безопасности в физическом пространстве; б) формирование доверия к специалисту (консультанту); в) эмоциональная поддержка. **Внимание!** Часто инициатором обращения выступает не сам подросток, так как ситуация носит хронический характер. В связи с этим он может с трудом идти на контакт, и задача консультанта — создать соответствующую мотивацию к решению существующих проблем.
Сбор информации (анамнез)	Консультант формулирует вопросы, направленные на снятие эмоционального напряжения, а затем выясняет факты, способствующие определению первоочередных действий по устранению неблагоприятных последствий (кровотечения, ИППП, экстренная контрацепция). Подросток может находиться в депрессивном, замкнутом состоянии и отказываться вербализировать произошедшее. Необходимо провести беседу с сопровождающим взрослым или пригласить на прием психолога. Проводится осмотр подростка соответствующим специалистом. **Внимание!** Осмотр необходимо проводить с особой деликатностью.
Двухмерное определение проблемы	Консультант описывает подростку ситуацию и формулирует возможные проблемы с учетом полученной информации и проведенного осмотра.
Выбор альтернатив	Консультант предлагает подростку медицинскую помощь (включая необходимые диагностические мероприятия) и психологическую реабилитацию. Если подросток пришел на прием в сопровождении взрослого, необходимо с последним обсудить вопрос об обращении в правоохранительные органы, органы опеки по факту насильственных действий.
Планирование	Подростку сообщается план действий с подробным пошаговым описанием Ф. И. О. специалистов, кабинетов, времени работы; выдаются направления на дополнительные исследования. Осуществляется запись на прием к психологу. В связи с тем, что чаще всего данная ситуация связана с внутрисемейным насилием, необходимо обеспечить безопасность подростку (тел. экстренной психологической помощи, защита со стороны правоохранительных органов и органов опеки). Консультант совместно с подростком четко определяет время и день следующей встречи, записывает номер его контактного телефона.
Деятельность	Подросток самостоятельно или в сопровождении взрослого проходит необходимое обследование и реабилитацию у психолога, психотерапевта. Возможно обращение в кризисный центр помощи жертвам насилия для прохождения групповой работы.
Обратная связь	На повторном приеме консультант оценивает результаты анализов, осмотров и заключений других специалистов и составляет план дальнейших действий. **Внимание!** Необходимо уточнить у подростка, посещает ли он психолога, так как высока вероятность развития различных посттравматических последствий, депрессии, суицидального риска.

Общие правила проведения врачебного приема подростка, подвергшегося сексуальному насилию или с подозрением на него:

1) беседа ведется в спокойной обстановке, в неосуждающей и доверительной форме;
2) осмотр подростка проводится деликатно, с учетом пережитой психологической травмы;
3) информация о месте, времени и характере нанесения травмы должна быть получена от самого подростка и сопровождающих взрослых;
4) врачом обращается внимание на поведение родителей и подростка во время осмотра;
5) документация заполняется разборчивым почерком без сокращений;
6) врачом информируется ответственный в данном лечебном учреждении за своевременное сообщение в органы внутренних дел об обращении подростка с телесными повреждениями;
7) в карту заносятся жалобы подростка, анамнез, осмотр педиатра, гинеколога, с описанием характера, размера, цвета и возможных причин повреждений;
8) врач советует обратиться в ОВД для заведения уголовного дела и проведения СМЭ;
9) подросток и его родители направляются в кризисные центры для оказания им психологической помощи;
10) при сексуальном насилии внутри семьи ставят в известность органы опеки и попечительства для помещения подростка в безопасное место.

2.6. Профилактика насилия

1. Факторы риска

Существует ряд условий и обстоятельств, при которых риск стать жертвой насилия значительно увеличивается.

1. Употребление пива, алкоголя, наркотиков притупляет инстинкт самосохранения (адекватную оценку угрожающей ситуации), препятствует быстрой и осознанной ориентации и действиям.
2. 90% случаев насилия происходит в темное (ночное) время суток. Не стоит поздно в одиночестве возвращаться домой (например, с дискотеки), ходить по малознакомым и плохо освещенным улицам.
3. Не стоит проводить много времени в компании друзей/подруг, в которой часто обсуждается тема секса.
4. Вызывающая одежда и макияж, демонстративное поведение, подчеркивание чрезмерной свободы, независимости и сексуальности могут стать внешними факторами, провоцирующими насилие.
5. Общение с людьми, которые мало знакомы.

2. Стоп, манипуляция…

Иногда подросткам приходится сталкиваться с определенной формой психологического воздействия (манипуляцией), такой, как склонение к близости. В какой-то степени это можно отнести к форме насилия (принуждения), но не прямого, а завуалированного. Именно среди подростков-сверстников она чаще всего встречается.

У каждого человека есть свои слабые места (зоны, открытые для манипуляций). Психологическое, словесное воздействие может толкнуть подростка на необдуманный поступок. Так как же можно защитить себя?

Индивидуальная, осознанная, уверенная позиция, выражающая ваше отношение к сексуальному контакту (любовь, безопасность, привязанность, постоянный партнер, планирование будущего и детей).

Самопознание (например, осознание своей способности):

- поддаваться на комплименты, лесть, похвалу («Ты самая красивая и сексуальная»);
- поддаваться настойчивым уговорам («Я хочу быть с тобой, нам будет хорошо, ничего не бойся»);
- уступать при угрозах («Если ты не будешь со мной сегодня, нам придется расстаться»);
- доказывать, что мы ничего не боимся («Ты боишься?»);
- склонны действовать, как большинство (Все подруги уже давно занимаются сексом, обсуждают между собой, а мне даже рассказать нечего).

Защита от манипуляций:

- твердо и уверенно говорить «нет», если вас не интересует поступившее предложение;
- в том случае, если собеседник настаивает или пытается манипулировать, можно использовать метод «заезженной пластинки»;

  «Заезженная пластинка». Этот способ помогает отстоять свое мнение в диалоге. Независимо от того, какого ответа от вас ждет собеседник, единственная задача — выбрать короткую фразу, отражающую вашу позицию, и, как «заезженная пластинка», ее повторять (снова и снова, спокойно, без раздражения, не повышая голоса). Например: «Большое спасибо, но меня это не интересует».

Способы поведения в ситуации угрозы сексуального насилия:

- если есть возможность, нужно уйти или убежать;
- если есть возможность, позвать на помощь;
- по возможности сохраняйте спокойствие (хотя бы внешнее), дышите медленно и глубоко, старайтесь анализировать ситуацию, а не поддаваться эмоциям;
- если нет возможности физически противостоять, нужно попытаться воздействовать психологически:
  - постарайтесь найти аргументы, объясняющие, почему стоит остановиться (например, что у вас менструация или что строгие родители, когда узнают о случившемся, примут серьезные меры);
  - скажите, что вы сообщили подруге, родителям, где и с кем находитесь, и они скоро начнут беспокоиться;
  - пообещайте, что вы встретитесь в следующий раз;
- если не удается избежать сексуального контакта, предложите использовать презерватив. Даже если его у вас нет, это заставит оппонента задуматься о безопасности;
- если все же вы стали жертвой принуждения и сексуального насилия, срочно обратитесь к врачу или консультанту центра, это даст возможность избежать возникновения последствий (нежелательная беременность, ИППП и др.). Желательно, чтобы к моменту посещения врача кто-то из взрослых (по выбору подростка) был в курсе ситуации;

Данные рекомендации могут использоваться в информационных буклетах для подростков.

2.7 Закрепление материала

2.8 Подведение итогов занятия

Организации оказывающие помощь подросткам — жертвам насилия и членам их семьи

Телефон экстренного вызова милиции: 102

Горячая линия ГУВД Мингорисполкома
Тел.: (017) 229-40-01

Республиканская приемная Национальной комиссии по правам ребенка
г. Минск, ул. Кирова, 16, каб. № 1
Тел.: (017) 227-31-38

МОО «Понимание»
г. Минск, ул. Лещинского, 8, корп. 5, комн. 403–404
Тел.: (017) 259-48-83, (029) 761-12-01

Минский городской психоневрологический детско-подростковый диспансер
г. Минск, ул. Кунцевщина, 22
Тел.: (017) 315-08-19 - регистратура

Сексологический центр. Оказание психолого-диагностической помощи
г. Минск, ул. Менделеева, 4
Тел.: (017) 299-58-98, 299-53-69 — справочная

ГУ «Минский городской центр социального обслуживания семьи и детей»
Кризисная телефонная информационная линия по проблемам семьи и детей
Тел.: (017) 247-32-32 —круглосуточно

ОО «Радислава» Территориальный центр социального обслуживания населения Первомайского района
Служба помощи гражданам, пострадавшим от насилия:
Тел.: (017) 280-28-11
Пн.-чт.: 9.00–17.00
Пт. 9.00–13.00

- срочная психологическая помощь;
- убежище;
- работа с людьми, склонными к насилию;
- телефонные консультации;

Телефон доверия для детей и подростков
Тел.: (017) 315-00-00 — круглосуточно

Телефон доверия для взрослых

Тел.: (017) 290-44-44 — круглосуточно

Программа «Ла Страда»

Помощь пострадавшим от бытового насилия

Тел.: (017) 295-31-67 — ежедневно 9.00–21.00

e-mail: lastrada@infonet.by

ОО «Центр доверия “Надежда и исцеление”»

Горячая линия по вопросам насилия и злоупотребления алкоголем

Тел.: (017) 293-94-19 — пн-пт. 11.00–14.00

Сестричество в честь игумены Ефросинии Полоцкой

Психологическая, духовная помощь, убежище

Тел.: (029) 151-95-22, (033) 688-40-49

Городской центр пограничных состояний

Тел.: (017) 245-61-74 — регистратура (8.00–20.00)

Законодательство Республики Беларусь в области охраны репродуктивного здоровья

4
ГЛАВА



ЗАНЯТИЕ 1

Нормативные правовые акты Республики Беларусь в области охраны репродуктивного здоровья

Вид занятия: теоретическое занятие с элементами проблемного обучения.

Цель:
Обучающая: изучить нормативные правовые акты Республики Беларусь в области охраны репродуктивного здоровья.

К концу занятия участники семинара
а) должны знать:
- нормативные правовые акты, регламентирующие медицинскую деятельность;
- определение понятия «несовершеннолетний»;
- особенности правового положения несовершеннолетних;
- определение понятия «эмансипация несовершеннолетних»;
- законных представителей несовершеннолетних;
- особенности правового регулирования оказания медицинской помощи несовершеннолетним пациентам;
- права пациента, в том числе несовершеннолетнего;
- уголовная ответственность медицинских работников за неисполнение или ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей;

б) должны уметь:
- применять действующие нормативные правовые акты в области охраны репродуктивного здоровья при оказании консультативной и медицинской помощи пациентам, в том числе несовершеннолетним.

Время: 3 академических часа.

Оснащение занятия: 1. ТСО: компьютер, проектор, экран;
2. Презентация PowerPoint.

Организационная структура занятия

№	Основные этапы занятия	Методы обучения	Время
1.1	Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы.		2 мин
1.2	Актуальность темы, сообщение плана и целей занятия.		3 мин
1.3	Изучение темы «Нормативные правовые акты Республики Беларусь в области охраны репродуктивного здоровья». Вопросы темы: 1. Основные нормативные правовые акты Республики Беларусь по охране здоровья населения. 2. Особенности правового регулирования оказания медицинской помощи несовершеннолетним. 3. Приказы Министерства здравоохранения, законы, постановления, инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам. 4. Основные нормативные правовые акты Республики Беларусь по охране труда несовершеннолетних.	Лекция (презентация)	100 мин
1.4	Закрепление материала.	По выбору преподавателя	25 мин
1.5	Подведение итогов занятия.		5 мин

1.1 Организационный момент

1.2 Актуальность темы

Оказание медицинской помощи, а также вся профессиональная деятельность медицинских работников регламентируется действующим законодательством Республики Беларусь.

Вне правового поля невозможно оказание экстренной и плановой медицинской помощи, в силу чего врачи и средний медицинский персонал должны знать основные нормативные правовые акты Республики Беларусь в области здравоохранения.

1.3 Нормативные правовые акты Республики Беларусь в области охраны репродуктивного здоровья

Основные нормативные правовые акты Республики Беларусь по охране репродуктивного здоровья населения

Законодательство о здравоохранении основывается на Конституции Республики Беларусь и состоит из законодательных актов, а также нормативных правовых актов, принимаемых Правительством Республики Беларусь, республиканскими органами государственного управления, прежде всего Министерством здравоохранения, местными исполнительными и распорядительными органами.

К числу основных законодательных актов, регулирующих отношения в области охраны здоровья населения, относятся Гражданский кодекс Республики Беларусь, Уголовный кодекс Республики Беларусь, Кодекс об административных правонарушениях, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993 г. (в редакции Законов Республики Беларусь от 20.06.2008 г., 15.06.2009 г., 31.12.2009 г., 04.01.2010 г., 15.07.2010 г.), Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» от 23.11.1993 г. (в редакции Законов Республики Беларусь от 23.05.2000 г., 29.06.2003 г., 16.05.2006 г., 09.11.2009 г., 28.12.2009 г.), Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 01.07.1999 г. (в редакции Законов Республики Беларусь от 29.06.2006 г., 21.07.2008 г., 09.11.2009 г.), Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» от 04.03.1997 г. (в редакции Закона Республики Беларусь от 09.01.2007 г.), Закон Республики Беларусь «О донорстве крови и ее компонентов» от 31.01.1995 г. (в редакции Законов Республики Беларусь от 09.07.1999 г., 12.11.2001 г., 29.06.2006 г., 14.06.2007 г.) и др.

Законодательство об охране репродуктивного здоровья состоит из Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», Закона Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь», Закона Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения», постановлений Правительства Республики Беларусь, постановлений и приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, иных актов законодательства.

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении», термин «здравоохранение» определяется как отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения. Доступное медицинское обслуживание обеспечивается:

- предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения;
- предоставлением медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, негосударственных организациях здравоохранения и у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую деятельность, за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь;
- доступностью лекарственных средств;
- осуществлением мер по санитарно-эпидемическому благополучию населения.

Закон Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь» определяет, что демографические интересы государства и общества предполагают формирова-

ние типа воспроизводства населения, основными характерными чертами которого являются отсутствие депопуляции, сознательно регулируемая рождаемость, направленная на полное замещение родительских поколений, устойчиво снижающаяся смертность и увеличение продолжительности жизни, прогрессивная возрастно-половая структура населения, оптимальные внутренние и внешние миграционные процессы, укрепление семьи как социального института, наиболее благоприятного для реализации сложившейся потребности в детях, их воспитания (ст. 1 Закона). Основной формой реализации данного Закона являются Национальная программа демографической безопасности и программы демографической безопасности административно-территориальных единиц. В этих программах отражены: государственная политика в области охраны и обеспечения репродуктивных прав граждан и формирования их репродуктивных потребностей; государственная политика в отношении семьи, в том числе половое воспитание подростков и молодежи, подготовка их к вступлению в брак и семейной жизни; преобразования в области здравоохранения, в том числе совершенствование здравоохранения для достижения качественного медицинского обслуживания населения, предупреждение и искоренение вредных для здоровья привычек, профилактика, в первую очередь среди групп повышенного риска алкоголизма и наркомании, снижение распространения заболеваний, передающихся половым путем (ст. 11 Закона).

В ряде актов законодательства в области здравоохранения, в том числе в Государственной программе национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006–2010 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 апреля 2006 г. № 556, в Государственной комплексной программе профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2010–2014 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 1 февраля 2010 г. № 141, в Государственной программе по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов на 2006–2010 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 сентября 2006 г. № 1269, в Государственной миграционной программе на 2006–2010 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 декабря 2005 г. № 1403 отмечается сложная медико-демографическая ситуация, сложившаяся в республике в результате крайне низкой рождаемости.

В Основных направлениях социально-экономического развития Республики Беларусь на 2006–2015 годы, утвержденных постановлением Совета Министров от 4 ноября 2006 г. № 1475, отмечено, что демографическая ситуация в Беларуси характеризуется сокращением численности населения, обусловленным низкой рождаемостью и высокой смертностью населения, особенно мужчин трудоспособного возраста. Низкая рождаемость является важнейшим фактором формирования необратимой деформации возрастной структуры общества, приведшим к серьезным социально-медицинским последствиям, которые неминуемо усугубят демографические проблемы и социальную напряженность в ближайшие десятилетия. В этих условиях охрана репродуктивного здоровья населения и, прежде всего, охрана репродуктивного здоровья подростков является приоритетным направлением государственной политики, как один из наиболее эффективных способов преодоления демографических угроз, стоящих перед государством и обществом, и обеспечения демографической безопасности Республики Беларусь.

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» относит к основным принципам государственной политики в области здравоохранения приоритетность медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения, несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и в восстановительный период после родов (ст. 3 Закона).

Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23.08.2000 г. № 1331, определено, что Министерство здравоохранения принимает необходимые меры по организации оказания медицинской помощи несовершеннолетним, женщинам во время беременности, родов и в восстановительный период после родов, а также по обеспечению репродуктивного здоровья населения (п. 6.5 Положения).

Особенности правового регулирования оказания медицинской помощи несовершеннолетним

Согласно действующему законодательству, несовершеннолетними являются лица, не достигшие восемнадцатилетнего возраста, если по закону они раньше не приобрели гражданскую дееспособность в полном объеме.

Несовершеннолетние приобретают гражданскую дееспособность в полном объеме в следующих случаях:

- вступления в брак — в случаях, предусмотренных законом, несовершеннолетний может вступить в брак по достижении пятнадцатилетнего возраста (ст. 18 Кодекса Республики Беларусь о браке и семье). Приобретенная в результате заключения брака дееспособность сохраняется и в случае расторжения брака;
- эмансипации — объявления несовершеннолетнего полностью дееспособным. Эмансипация производится по решению органов опеки и попечительства с согласия обоих родителей, усыновителей или попечителя, а при отсутствии такого согласия — по решению суда, если несовершеннолетний достиг шестнадцати лет и работает по трудовому договору (контракту) или с согласия родителей, усыновителей или попечителя занимается предпринимательской деятельностью (ст. 26 Гражданского кодекса Республики Беларусь). Поскольку вступившие в брак и эмансипированные несовершеннолетние являются дееспособными в полном объеме и реализуют свои права в процессе оказания медицинской помощи самостоятельно, медицинские работники должны выяснять и устанавливать эти обстоятельства.

Основные права пациента закреплены ст. 41 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении».

Пациенты, в том числе несовершеннолетние, имеют право на:

- получение медицинской помощи;
- выбор лечащего врача и организации здравоохранения;
- участие в выборе методов оказания медицинской помощи;
- пребывание в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям и позволяющих реализовать право на безопасность и защиту личного достоинства;
- уважительное и гуманное отношение со стороны работников здравоохранения;
- получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
- выбор лиц, которым может быть сообщена информация о состоянии его здоровья;
- отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми методами оказания медицинской помощи с учетом лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения;
- реализацию иных прав в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой к должностным лицам организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь, а также к должностным лицам государственных органов или в суд.

Предварительные условия медицинского вмешательства и права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получением

Необходимым условием оказания медицинской помощи пациенту является наличие предварительного согласия пациента, ознакомленного с целью медицинского вмешательства, прогнозируемыми результатами и возможными рисками (ч. 1 ст. 44). Согласно данной норме закона медицинское вмешательство не может быть осуществлено без согласия пациента, при этом согласие пациента должно быть добровольным, а пациент — информированным.

В отношении несовершеннолетних согласие на медицинское вмешательство дают их законные представители — один из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей. В отношении законных представителей несовершеннолетнего должны соблюдаться все требования, предусмотренные действующим законодательством — согласие должно быть добровольным, а законные представители — информированными.

Несовершеннолетние в возрасте от шестнадцати до восемнадцати лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство (ч. 3 ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Обязанность информировать пациента и (или) его законного представителя возложена на медицинских работников.

Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется лечащим врачом пациенту. Совершеннолетний пациент вправе определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам. Информация о состоянии здоровья пациента излагается лечащим врачом в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения.

По просьбе несовершеннолетнего либо в целях осознанного выполнения им медицинских предписаний по согласованию с его законным представителем лечащим врачом несовершеннолетнему предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента (ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

В случае, когда медицинское вмешательство неотложно, а законные представители несовершеннолетнего отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей. При невозможности собрать консилиум решение принимается врачом, оказывающим медицинскую помощь несовершеннолетнему.

Законодательством определена и форма, в которой законные представители и иные лица, уполномоченные принимать решение о согласии или отказе от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего, дают согласие или отказываются от медицинского вмешательства.

Сложные медицинские вмешательства проводятся только с письменного согласия законных представителей несовершеннолетнего, ознакомленных с их целью и возможными результатами. Согласие законного представителя оформляется записью в медицинской документации, которую производит медработник, и подписывается законным представителем.

Если решение о сложном медицинском вмешательстве принимает консилиум врачей или врач, оказывающий медицинскую помощь, это решение оформляется записью в медицинской документации, подписывается членами консилиума или врачом, оказывающим медицинскую помощь, с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения, в

котором проводилось медицинское вмешательство, и законных представителей несовершеннолетнего (ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Законодательством не определены сроки, в течение которых необходимо уведомить должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей несовершеннолетнего. Очевидно, что такое уведомление должно производиться в возможно краткие сроки с учетом всех обстоятельств и возможностей организации здравоохранения.

К должностным лицам организации здравоохранения, которые должны быть уведомлены, относятся заведующие соответствующим отделением, заместитель главного врача, главный врач, которые должны принять меры к уведомлению законных представителей несовершеннолетнего (если к этому времени они еще не уведомлены), сообщить в органы внутренних дел, если медицинское вмешательство осуществлялось в связи с насильственными действиями в отношении несовершеннолетнего и т. д.

В организации здравоохранения целесообразно разработать и утвердить локальный нормативный акт (инструкцию, положение и т. п.), регламентирующий сроки и порядок уведомления должностных лиц, о проведенном без согласия законного представителя несовершеннолетнего медицинском вмешательстве, определены должностные лица, которых необходимо об этом уведомить, и действия, которые они должны предпринять после уведомления.

Медицинские вмешательства, не относящиеся к категории сложных, проводятся с устного согласия законных представителей несовершеннолетнего, а несовершеннолетние в возрасте от шестнадцати до восемнадцати лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство.

Отказ (отзыв согласия, прекращение) от медицинского вмешательства, от госпитализации несовершеннолетнего осуществляется только в письменной форме, оформляется записью в медицинской документации с указанием возможных последствий такого решения, подписывается законным представителем несовершеннолетнего, а также медицинским работником.

Действующим законодательством предусмотрены случаи, при которых обследование, госпитализация, лечение несовершеннолетнего проводится без согласия законных представителей, в принудительном порядке.

В соответствии со ст. 28 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» государственные органы и иные организации здравоохранения вправе осуществлять специальные меры по оказанию медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека. В перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2002 г. № 31 (в ред. постановления Минздрава от 04.11.2008 № 184), включены венерические заболевания (сифилис, гонорея), активный туберкулез органов дыхания с бактериовыделением (все нозологические формы), чума, холера, сибирская язва, геморрагические лихорадки Ласса, Марбург, Эбола, психические расстройства (заболевания), обусловливающие опасность для окружающих, острые психотические расстройства, вызванные употреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ.

Несовершеннолетние, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что они имеют заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в случае их уклонения от медицинского освидетельствования по заключению организации здравоохранения и с санкции прокурора могут быть подвергнуты принудительному медицинскому освидетельствованию в государственных организациях здравоохранения (ст. 28 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»). Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительному оказанию медицинской помощи в стационарных условиях в государственных организациях здравоохранения. Порядок и условия принудительного медицинского освидетельствования и принудительного оказания медицинской помощи в стационарных условиях в государственных организациях здравоохранения лицам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, устанавливаются законодательными актами Республики Беларусь.

Пациенты, в отношении которых получены данные о наличии у них венерических заболеваний и (или) вируса иммунодефицита человека, в письменной форме предупреждаются организациями здравоохранения о наличии таких заболеваний и необходимости соблюдения мер пре-

досторожности по их нераспространению, а также об ответственности в соответствии с законодательством Республики Беларусь за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

Основания и порядок принудительного освидетельствования, госпитализации и лечения несовершеннолетних, страдающих психическим расстройством (заболеванием), обусловливающим его опасность для себя и (или) окружающих, регламентируются ст. 30, 33 Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Принудительное обследование несовершеннолетних в целях установления диагноза хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании осуществляется на основании постановления органов внутренних дел, а принудительное лечение — по решению суда (ст. 30 Закона «О здравоохранении»).

Проведение клинических испытаний изделий медицинского назначения и медицинской техники на беременных женщинах и несовершеннолетних допускается в случае, если испытания проводятся для оказания медицинской помощи исключительно этим категориям лиц. Запрещается проведение клинических испытаний изделий медицинского назначения и медицинской техники на детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей (ст. 40 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Запрещается участие в проведении клинических испытаний лекарственных средств:

- беременных женщин, за исключением случаев, когда исследуемое лекарственное средство предназначено исключительно для лечения данной категории лиц или целью клинических испытаний является оптимизация дозирования или режима применения лекарственного средства у беременных женщин, когда необходимая информация может быть получена только при клинических испытаниях лекарственных средств на беременных женщинах и когда полностью исключен риск нанесения вреда жизни и здоровью беременной женщины и плода;
- несовершеннолетних, за исключением случаев, когда исследуемое лекарственное средство предназначено исключительно для лечения детских заболеваний или когда целью клинических испытаний является оптимизация дозирования или режима применения лекарственного средства у несовершеннолетних;
- детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (ст. 16 Закона Республики Беларусь «О лекарственных средствах).

Медицинские работники, осуществляющие профессиональную деятельность на территории Республики Беларусь, должны руководствоваться требованиями действующего законодательства о здравоохранении в области соблюдения прав несовершеннолетних пациентов и их законных представителей, принципами медицинской этики и деонтологии.

Инструкция об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет (постановление Министерства здравоохранения от 11.08.2004 г. № 32)

В Республике Беларусь в соответствии с Программой развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Беларусь на 2003–2007 гг., утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 16.12.2002 г. № 1749 и на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, издано постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.08.2004 г. № 32 «Об утверждении Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет».

Инструкция регламентирует порядок оказания медицинской помощи подросткам. Установленный данной Инструкцией порядок оказания медицинской помощи подросткам создает условия для своевременной диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, связанных с нарушением репродуктивного здоровья, направлен на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья подростков, обеспечивает доступность медицинской помощи и приоритетное медицинское обслуживание подростков.

Согласно данной Инструкции, в детских организациях здравоохранения (отделениях), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, создаются подростковые кабинеты (п. 2 Инструкции). Все подростки подлежат диспансерному наблюдению, основным элементом которого являются медицинские осмотры.

Для юношей в возрасте 15–17 лет обязателен осмотр врача-хирурга, для девушек в возрасте 15–17 лет — врача-акушера-гинеколога (п. 5 Инструкции).

По результатам медицинских осмотров врачом-терапевтом подростковым (врачом-педиатром участковым) дается оценка состояния здоровья подростка, определяется группа здоровья и медицинская группа для занятий физической культурой. При необходимости подростки направляются на дополнительное обследование и консультации. Подростки, имеющие хронические заболевания, находятся под диспансерным наблюдением у врачей-специалистов (п. 6 Инструкции). Гинекологическая помощь девушкам оказывается в женских консультациях по месту жительства, по месту временного проживания или по месту учебы (работы) (п. 8 Инструкции).

В детских организациях здравоохранения (отделениях), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, проводится врачебная профессиональная консультация подростков, имеющих отклонения в состоянии здоровья, выдается медицинская справка (форма 086/у) поступающим на учебу в учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического, среднего специального и высшего образования, проводятся предварительные медицинские осмотры подростков, принимаемых на работу (п. 10 Инструкции).

Детские организации здравоохранения (отделения), оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, собирают, обобщают и анализируют информацию о состоянии и проблемах соматического, психического, репродуктивного здоровья подростков, на основе которой формируют задачи по охране здоровья подростков (п. 1 Инструкции).

Стационарное лечение и консультации подростков могут проводиться в детских организациях здравоохранения или в организациях здравоохранения для взрослого населения в соответствии с материально-технической базой и оснащением медицинской техникой (п. 8 Инструкции).

В Инструкции также определен алгоритм действий медицинских работников по оказанию медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет и порядок передачи медицинской документации подростков в организацию здравоохранения (отделение) для взрослого населения по достижении ими возраста 18 лет.

Таким образом, оказание медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет, организованное в соответствии с требованиями данной Инструкции, обеспечивает доступность медицинской помощи всем подросткам независимо от места жительства (учебы, работы) и направлено на профилактику, раннее выявление и диагностику, лечение и реабилитацию подростков с заболеваниями репродуктивной системы.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.12.2004 г. № 288 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической службы Республики Беларусь» (в ред. приказа Минздрава от 29.02.2008 г. № 150)

Приказом утверждены 8 Инструкций, регламентирующих организацию оказания акушерско-гинекологической помощи населению Республики Беларусь:

- Инструкция об организации оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в амбулаториях общей практики, врачебных амбулаториях, сельских участковых больницах, фельдшерско-акушерских пунктах;
- Инструкция по организации работы школ подготовки семьи к рождению ребенка;
- Инструкция по пренатальной диагностике врожденной патологии плода;
- Инструкция по оказанию хирургической амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи;
- Инструкция об оценке эффективности оказания амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи;
- Инструкция по организации оказания медицинской помощи супружеским парам с нарушениями репродуктивной функции;
- Инструкция об организации работы акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов;

- Инструкция об организации работы консультации «Брак и семья».

В соответствии с Инструкцией об организации оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в амбулаториях общей практики, врачебных амбулаториях, сельских участковых больницах, фельдшерско-акушерских пунктах всю работу по оказанию медицинской акушерско-гинекологической помощи жительницам села на амбулаторно-поликлиническом уровне обеспечивает женская консультация РТМО. В современных условиях вся работа по диспансерному наблюдению беременных женщин и гинекологических больных, с женщинами группы резерва родов, высокого социального риска, по планированию семьи и проведение предгравидарной подготовки, осуществление санитарно-просветительных мероприятий полностью лежит на женской консультации РТМО. Выполнение всех этих задач, с учетом различной отдаленности проживания женщин от районного центра, строится под непосредственным руководством и контролем работников районной женской консультации, на этапном принципе с привлечением врачей амбулаторий общей практики, сельских амбулаторий, сельских участковых больниц района, фельдшерско-акушерских пунктов.

Врач общей практики должен один раз в год проводить профилактические осмотры девочек. Цель — своевременное выявление воспалительных заболеваний гениталий (вульвовагиниты), а также оценка физического развития девочки и соответствие его половому развитию (оволосение, молочные железы, начало менструаций).

В соответствии с Инструкцией по организации работы школ подготовки семьи к рождению ребенка школа подготовки семьи к рождению ребенка организуется на базе женских консультаций, поликлиник, родильных домов, ФАПов, амбулаторий, центров здоровья. Кабинет оснащается необходимым оборудованием для оказания амбулаторной консультативной помощи семьям с целью улучшения дородовой подготовки. Основными задачами врача кабинета являются:

- прегравидарная подготовка — проведение профилактических и оздоровительных мероприятий до наступления беременности, способствующих исключению или минимизации влияния нарушений здоровья матери и окружающей среды на внутриутробное развитие плода, течение беременности и родов;
- биопсихосоциальный подход в подготовке беременных к родам. Современные подходы к безопасному материнству включают наряду с предоставлением соответствующего акушерского ухода и обеспечение «психологического комфорта» в период беременности, родов и послеродовой период. Психосоциальная поддержка женщины и семьи в период беременности, родов и послеродовой период должна стать составной частью стандарта оказания родовспомогательной помощи и должна быть внедрена во всех родовспомогательных учреждениях;
- учебно-методическая работа. Обучение и подготовка к родам включает как эмоциональные, так и интеллектуальные аспекты. Необходимо активно вовлекать женщин и их партнеров в открытое обсуждение получаемой ими информации, чтобы иметь возможность оценивать, насколько предоставляемая информация отвечает их потребностям. Это также даст возможность оценить, насколько эффективно проводится антенатальное обучение, понимают ли слушатели проблемы риска для беременности и родов, насколько они готовы оказывать партнерскую поддержку и т. д. Специалисты, ведущие антенатальное обучение, должны иметь соответствующую подготовку и навыки ведения занятий.

Инструкция по пренатальной диагностике врожденной патологии плода регламентирует организацию ультразвукового обследования во время беременности, уровни обследования, сроки выполнения инвазивных методик, консультирование вне беременности, рекомендуемые формы учета работы кабинетов пренатальной диагностики.

Инструкция по оказанию хирургической амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи содержит перечень вмешательств и показаний по оказанию хирургической амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи.

В соответствии с Инструкцией об оценке эффективности оказания амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи оценка эффективности оказания амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи проводится путем анализа конкретных показателей в соответствии с основными направлениями работы: диспансеризация беременных женщин; перинатальная смертность; структура абортов; структура родов; грудное вскармливание; работа по планированию семьи; мероприятия по снижению заболеваемости

репродуктивной системы женщин; работа с женщинами группы резерва родов; работа с подростками (с 15 до 18 лет).

В Инструкции по организации оказания медицинской помощи супружеским парам с нарушениями репродуктивной функции дается определение понятиям «репродуктивное здоровье», «бесплодие», «бесплодный брак», а также регламентируются план обследования супружеской пары, организация лечебно-диагностической помощи бесплодным парам. Указанная Инструкция содержит алгоритм обследования при мужском бесплодии, протокол лечения мужчин с бесплодием, алгоритм обследования при эндокринно-гинекологической патологии, протокол лечения женщин с трубным бесплодием, протокол лечения женщин с ановуляцией, протокол лечения женщин с бесплодием маточного происхождения, алгоритм обследования при невынашивании беременности и другие медицинские критерии для лечения бесплодия.

Инструкция о порядке искусственного прерывания беременности, первоначально утвержденная приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 288, в настоящее время утратила силу, однако продолжают действовать приложения к данной Инструкции: Положение о комиссии по разрешению прерывания беременности по медицинским, медико-генетическим и социальным показаниям, Положение о порядке проведения искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, Положение о порядке проведения искусственного прерывания беременности по медико-генетическим показаниям, Положение о порядке искусственного прерывания беременности по социальным показаниям, форма журнала записи амбулаторных операций искусственного прерывания беременности методом вакуум-аспирации.

Инструкция об организации работы акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов направлена на развитие междисциплинарного подхода к сохранению здоровья подрастающего поколения, формирование нормальной репродуктивной функции и прегравидарного здоровья женщин. В наблюдении женщин и детей участвуют одновременно организации здравоохранения акушерской, детской и общелечебной сети. Поэтому совершенствование организации системы охраны здоровья матери и ребенка должно проводиться на основе функциональной системы непрерывного наблюдения за девочкой — девушкой-подростком — женщиной репродуктивного возраста — беременной женщиной — родильницей — новорожденным ребенком — ребенком первого года жизни — детьми в возрасте 1–17 лет, которая должна включать взаимодействие организаций здравоохранения акушерской, детской и общелечебной сети, участвующих в обслуживании женщин и детей. Такое взаимодействие возможно при создании акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов (АТПК). Акушерско-терапевтическо-педиатрический комплекс — это объединение организаций здравоохранения акушерской, детской и общелечебной сети на основе функционального, административного или смешанного административно-функционального типа комплексирования. Главным в системе АТПК является оптимизация и интеграция функций, выполняемых организациями здравоохранения комплекса, а также связей между ними, обеспечивающих комплексный подход к профилактике нарушений здоровья женщины и ребенка. Инструкция регламентирует основные принципы формирования АТП комплексов, структуру АТП комплексов, типы комплексирования АТП объединений, структуру и функции системы управления АТП комплексами, формирование системы АТП комплексов, алгоритм организации непрерывного наблюдения женщины и ребенка в условиях АТП комплекса. В приложении к указанной Инструкции содержатся: Положение о районном, городском, областном акушерско-терапевтическо-педиатрическом совете; памятка для акушера-гинеколога по охране здоровья женщины репродуктивного возраста в условиях АТП комплекса; памятка для терапевта поликлиники для взрослых в условиях АТП комплекса; памятка для педиатра в условиях АТП комплекса по охране здоровья матери и ребенка.

Инструкция об организации работы консультации «Брак и семья» (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.12.2004 г. № 288)

В Инструкции содержится Положение о консультации «Брак и семья» (Центре планирования семьи и репродукции). Положение регламентирует порядок организации и оказания медицинской помощи в консультациях «Брак и семья» (Центре планирования семьи и репродукции). Центр (консультация) может являться самостоятельным учреждением или входить в состав многопрофильного лечебного учреждения (п. 2) в целях развития службы планирования семьи, создания системы охраны репродуктивного здоровья (в том числе подростков), совер-

шенствования медицинской помощи женщинам (в том числе девочкам-подросткам) с нарушениями репродуктивной функции.

Все консультации (центры), согласно Положению, должны иметь кабинеты подростковой гинекологии, основной задачей которых является оказание специализированной лечебно-профилактической и консультативной помощи подросткам с нарушениями репродуктивной функции.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 января 2007 года № 7 «Об организации кабинетов гинекологической помощи подросткам»

Приказом № 7 утверждены:

- Положение о кабинете гинекологической помощи подросткам;
- должностная инструкция врача кабинета гинекологической помощи подросткам;
- порядок направления девочек и девочек-подростков в кабинет гинекологической помощи подростков;
- алгоритм обследования девочек-подростков с расстройствами репродуктивной функции в гинекологическом кабинете поликлиники;
- диспансерное наблюдение девочек-подростков с нарушением репродуктивной системы.

Кабинет гинекологической помощи подросткам (далее — КГПП) является структурным подразделением, входящим в состав детской поликлиники (женской консультации) и предназначен для обеспечения амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи девочкам-подросткам. В функции кабинета входит:

- организация и проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение патологии со стороны репродуктивной системы;
- оказание медико-санитарной помощи девочкам-подросткам, проживающим на прикрепленной территории;
- проведение комплексных профилактических осмотров подростков декретированных возрастов;
- оздоровление девочек подросткового возраста группы высокого риска по нарушениям репродуктивной системы;
- диспансеризация девочек-подростков с патологией репродуктивной системы и молочных желез;
- проведение организационно-методической работы для акушерско-терапевтическо-педиатрических советов районов по вопросам репродуктивного здоровья среди подростков;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении девочек, девочек-подростков с детскими поликлиниками, женскими консультациями и другими организациями здравоохранения;
- проведение санитарно-просветительной работы среди подростков по репродуктивному поведению и формированию здорового образа жизни;
- проведение анализа заболеваемости среди девочек-подростков, разработки предложений по улучшению гинекологической помощи данной категории населения.

В основу организации диспансеризации детей и подростков положен принцип распределения девочек на 3 основные группы:

- группа здоровых;
- группа «риска»;
- группа больных.

Диспансеризация осуществляется комплексно с обязательным участием педиатра, подросткового врача, а также детского или подросткового гинеколога.

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (статьи 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27)

Данные статьи Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», прямо направлены на охрану репродуктивного здоровья подростков.

В соответствии со ст. 22 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» гражданам Республики Беларусь гарантированы бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, медико-психологическим аспектам брачно-семейных отношений, а также медико-генетическая диагностика по медицинским показаниям в государственных учреждениях здравоохранения в целях профилактики возможных наследственных заболеваний у потомства.

Вспомогательные репродуктивные технологии применяются в организациях здравоохранения по письменному заявлению женщины, достигшей восемнадцатилетнего возраста (если женщина состоит в браке — с письменного согласия ее супруга), в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Женщине (если женщина состоит в браке — и ее супругу) предварительно предоставляется информация о вспомогательных репродуктивных технологиях, выполняемых медицинских вмешательствах, их медицинских и правовых последствиях, данных медико-генетической диагностики, внешних данных и национальности донора.

Сведения о применении вспомогательных репродуктивных технологий, а также о личности донора составляют врачебную тайну (ст. 23 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

В соответствии со ст. 52 Кодекса Республики Беларусь о браке и семье (КоБС) муж, давший в установленном порядке согласие на применение в отношении своей жены методов вспомогательных репродуктивных технологий, признается отцом рожденного ею ребенка и не вправе оспаривать свое отцовство, за исключением случаев, когда имеются доказательства, что жена забеременела не в результате применения методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Лица, явившиеся донорами материала, который применялся при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий, не вправе оспаривать материнство и (или) отцовство ребенка, родившегося в результате применения методов вспомогательных репродуктивных технологий. Мать ребенка, родившегося в результате применения методов вспомогательных репродуктивных технологий, не вправе предъявлять иск об установлении отцовства к мужчине, явившемуся донором материала, который применялся при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий. Женщина, родившая ребенка, признается матерью и в том случае, если ребенок зачат из яйцеклетки, изъятой из организма другой женщины, за исключением рождения ребенка суррогатной матерью.

В ст. 53 КоБС определены понятия суррогатного материнства, суррогатной матери и генетической матери, основания и условия применения данного метода. Суррогатным материнством признаются основанные на договоре имплантация эмбриона, вынашивание и рождение женщиной (суррогатной матерью) ребенка, зачатого из яйцеклетки, изъятой из организма другой женщины (генетической матери), если вынашивание и рождение ребенка генетической матерью физиологически невозможны или связаны с риском для жизни генетической матери и (или) ребенка.

Договор суррогатного материнства заключается между суррогатной матерью и генетической матерью в письменной форме и подлежит нотариальному удостоверению. Лица, состоящие в браке, заключают договор суррогатного материнства с согласия своих супругов. Существенные условия договора суррогатного материнства установлены постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 4 ноября 2006 г. № 1470:

- оказание одной женщиной (суррогатной матерью) другой женщине (генетической матери) услуги по имплантации эмбриона, вынашиванию и рождению ребенка, зачатого из яйцеклетки, изъятой из организма генетической матери;
- указание организации (организаций) здравоохранения, в которой (которых) будут происходить имплантация эмбриона суррогатной матери, наблюдение за течением ее беременности и роды;

- обязанность суррогатной матери выполнять все предписания врача и представлять генетической матери и ее супругу информацию о своем состоянии здоровья и состоянии здоровья вынашиваемого ребенка;
- место проживания суррогатной матери в период вынашивания ребенка;
- обязанность суррогатной матери передать генетической матери ребенка после его рождения и срок, в течение которого должна быть произведена указанная передача;
- обязанность генетической матери принять от суррогатной матери ребенка после его рождения и срок, в течение которого должен быть принят ребенок;
- цена договора, включающая в том числе стоимость услуги, оказываемой суррогатной матерью по договору суррогатного материнства (за исключением случаев, когда данная услуга оказывается безвозмездно), а также расходы на медицинское обслуживание, питание, проживание суррогатной матери в период вынашивания, родов и в послеродовый период;
- иные условия, относительно которых по заявлению одной из сторон достигнуто соглашение.

Матерью ребенка, рожденного суррогатной матерью, признается его генетическая мать. Отцом ребенка, рожденного суррогатной матерью, признается супруг генетической матери. Если генетическая мать не состоит в браке с отцом ребенка, отцовство может быть установлено в соответствии с КоБС.

Суррогатная мать, генетическая мать ребенка, а также их супруги, давшие в установленном порядке согласие на заключение договора суррогатного материнства, не вправе оспаривать материнство и (или) отцовство ребенка, рожденного суррогатной матерью, за исключением случаев, когда имеются доказательства того, что суррогатная мать забеременела не в результате имплантации эмбриона.

Перечень медицинских показаний и противопоказаний к суррогатному материнству, порядок и объем медицинского обследования суррогатной матери, генетической матери и их супругов определены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 сентября 2006 г. № 71.

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» также регламентирует вопросы стерилизации и искусственного прерывания беременности (ст. 26 и 27). Стерилизация как метод контрацепции или лишения способности к воспроизводству потомства проводится в государственных организациях здравоохранения по письменному заявлению совершеннолетнего пациента. Порядок проведения стерилизации установлен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 октября 2008 г. № 170.

По желанию женщины в организациях здравоохранения после консультации с врачом, а в отношении несовершеннолетней также при наличии письменного согласия ее законного представителя может быть проведено искусственное прерывание беременности (аборт) при сроке беременности не более 12 недель.

При наличии медицинских показаний и согласия женщины искусственное прерывание беременности проводится независимо от срока беременности в государственных организациях здравоохранения. Порядок проведения искусственного прерывания беременности и перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 февраля 2007 г. № 15.

При наличии социальных показаний и желания женщины проведение искусственного прерывания беременности допускается при сроке беременности не более 22 недель в государственных организациях здравоохранения. Социальные показания для искусственного прерывания беременности определены постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 октября 2008 г. № 1580. К ним относятся:

- пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы;
- наличие инвалидности I, II группы у мужа;
- наличие ребенка — инвалида детства;
- смерть мужа во время беременности женщины;

- расторжение брака во время беременности;
- наличие решения суда о лишении родительских прав;
- беременность в результате изнасилования;
- многодетность (число детей 3 и более);
- признание женщины или ее мужа в установленном порядке безработными во время беременности женщины;
- наличие у женщины статуса беженца.

В ст. 24 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» сказано, что в Республике Беларусь материнство охраняется и поощряется государством. Женщинам гарантируются медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи в стационарных условиях в государственных учреждениях здравоохранения во время беременности, родов и в восстановительный период после родов.

Особенности оказания медицинской помощи несовершеннолетним в стационарных условиях определены в ст. 25 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в государственной организации здравоохранения несовершеннолетнему в возрасте до пяти лет одному из родителей или лицу, фактически осуществляющему уход за несовершеннолетним, предоставляется возможность находиться с ним в этой организации здравоохранения.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в государственной организации здравоохранения несовершеннолетнему в возрасте от пяти до четырнадцати лет и детям-инвалидам в возрасте от пяти до восемнадцати лет, нуждающимся по заключению врача в дополнительном уходе, одному из родителей или лицу, фактически осуществляющему уход за несовершеннолетним, ребенком-инвалидом, предоставляется возможность находиться с ним в этой организации здравоохранения.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в государственных учреждениях здравоохранения несовершеннолетнему в возрасте до трех лет один из родителей или лицо, фактически осуществляющее уход за несовершеннолетним, обеспечиваются условиями для дополнительного ухода за ним и питанием за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в государственных учреждениях здравоохранения несовершеннолетнему в возрасте от трех до пяти лет один из родителей или лицо, фактически осуществляющее уход за несовершеннолетним, обеспечиваются условиями для дополнительного ухода за ним.

Статья 19 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» посвящена изменению и коррекции половой принадлежности. Изменение и коррекция половой принадлежности проводятся по желанию совершеннолетнего пациента в государственных организациях здравоохранения. Инструкция о порядке изменения и коррекции половой принадлежности утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июня 2005 г. № 15. Возраст моложе 21 года является противопоказанием для смены пола.

Инструкция о порядке выявления, учета, обследования и лечения несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.08.2003 г. № 38)

Данная Инструкция детальным образом регламентирует порядок выявления, учета, обследования и лечения несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества, а также порядок организации и работы подросткового наркологического кабинета.

В соответствии с Инструкцией вышеуказанные несовершеннолетние становятся на учет и наблюдаются в подростковых наркологических кабинетах наркологических диспансеров или районных поликлиник (п. 5 Инструкции).

Инструкция предусматривает основания и порядок привлечения подростков к обязательному медицинскому обследованию, порядок диспансерного (профилактического) наблюдения, учета и периодичности осмотров (главы 2 и 3 Инструкции).

Инструкция предусматривает, что стационарное лечение несовершеннолетние проходят в специализированных детско-подростковых отделениях наркологических диспансеров или психиатрических больниц (п. 10 Инструкции) в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

Инструкция определяет понятие уклонения от обследования и лечения заболевания, а также регламентирует порядок принудительной госпитализации и лечения несовершеннолетних в организации здравоохранения или в специальном лечебно-воспитательном учреждении (глава 5 Инструкции).

Регламентированный данной Инструкцией порядок выявления, учета, обследования и лечения несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества либо страдающих алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, создает систему выявления, учета и лечения несовершеннолетних, направленную, прежде всего, на раннюю профилактику и лечение подростков, к изменению приоритетов в образе повседневной жизни, к обретению навыков максимального исключения риска собственным здоровьем, улучшению физического и психического благополучия подростков, что позволит поддержать и сохранить их репродуктивное здоровье.

Основные законодательные и нормативные правовые акты Республики Беларусь по охране труда несовершеннолетних

На охрану здоровья подростков на производстве направлен ряд положений Трудового кодекса Республики Беларусь, Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения», указ Президента Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. № 530 «О страховой деятельности», Постановления Правительства Республики Беларусь, постановления и приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Санитарные правила и нормы, постановления Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь. Вышеперечисленные законодательные и нормативные правовые акты направлены на создание безопасных условий труда, при которых воздействие на работающих, в том числе подростков, вредных или опасных производственных факторов исключено либо уровни их воздействия не превышают установленные в Республике Беларусь нормативы, предусматривают раннее выявление и предупреждение репродуктивных нарушений у подростков, связанных с воздействием вредных факторов окружающей и производственной среды.

В соответствии со статьей 273 Трудового кодекса Республики Беларусь несовершеннолетние (лица, не достигшие восемнадцати лет) в трудовых правоотношениях приравниваются в правах к совершеннолетним, а в области охраны труда, рабочего времени, отпусков и некоторых других условий труда пользуются гарантиями, установленными настоящим Кодексом, иными актами законодательства, коллективными договорами, соглашениями.

Запрещается применение труда лиц моложе восемнадцати лет на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, на подземных и горных работах. Запрещаются подъем и перемещение несовершеннолетними тяжестей вручную, превышающих установленные для них предельные нормы. Запрещается привлекать работников моложе восемнадцати лет к ночным и сверхурочным работам, работам в государственные праздники и праздничные дни, работам в выходные дни.

Все лица моложе восемнадцати лет принимаются на работу лишь после предварительного медицинского осмотра и в дальнейшем, до достижения восемнадцати лет, ежегодно подлежат обязательному медицинскому осмотру. Обязательные ежегодные медицинские осмотры несовершеннолетних работников проводятся в рабочее время с сохранением среднего заработка.

Трудовые отпуска работникам моложе восемнадцати лет предоставляются в летнее время или, по их желанию, в любое другое время года. Для работников моложе восемнадцати лет нормы выработки устанавливаются исходя из норм выработки для взрослых работников пропорционально сокращенной продолжительности рабочего времени, предусмотренного законодательством для данной категории работников.

Для работников, принимаемых на работу по окончании общеобразовательных учреждений, учреждений, обеспечивающих получение профессионально-технического и среднего специального образования, курсов, прошедших обучение непосредственно на производстве, могут устанавливаться пониженные нормы выработки. Размеры пониженных норм и сроки их действия определяются в коллективном договоре.

Заработная плата работникам моложе восемнадцати лет при сокращенной продолжительности ежедневной работы выплачивается в таком же размере, как работникам соответствующих категорий при полной продолжительности ежедневной работы.

Труд работников моложе восемнадцати лет, допущенных к сдельным работам, оплачивается по сдельным расценкам, установленным для взрослых работников, с доплатой по тарифной ставке за время, на которое продолжительность их ежедневной работы сокращается по сравнению с продолжительностью ежедневной работы взрослых работников.

Оплата труда учащихся общеобразовательных учреждений, учреждений, обеспечивающих получение профессионально-технического и среднего специального образования, работающих в свободное от учебы время, производится пропорционально отработанному времени или в зависимости от выработки. Нанимателями могут устанавливаться учащимся доплаты к заработной плате.

1.4 Закрепление материала

1.5 Подведение итогов занятия

При подведении итогов преподаватель акцентирует внимание на основных нормативных правовых актах в области охраны репродуктивного здоровья, останавливается на нормах и требованиях действующего законодательства, регламентирующего порядок оказания медицинской помощи подросткам.

Производственно-практическое издание

Акола Наталья Евгеньевна,
Зеневич Елена Викторовна,
Камлюк Алла Мечиславовна и др.

Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья

Пособие для врачей
и среднего медицинского персонала

Ответственный редактор *Е. В. Зеневич*
Компьютерный дизайн, верстка *А. Е. Невинская*
Корректор *Д. Д. Стулов*

Подписано в печать 31.03.2011. Формат 60x90 $^{1}/_{8}$. Бумага офсетная.
Гарнитура Pragmatica. Печать офсетная. Усл. печ. л. 32,0. Уч.-изд. л. 27,5.
Тираж 3000 экз. Заказ 6144.

Издание выпущено по заказу учреждения
«Представительство ООН в Республике Беларусь»

Издатель и полиграфическое исполнение ИП «АЛЬТИОРА — ЖИВЫЕ КРАСКИ»
ЛИ № 02330/0548520 от 16.06.2009.
ЛП № 02330/0150479 от 25.02.2009.
Ул. Сурганова, д. 11, 220072, г. Минск.
Тел./факс +375 172 949094