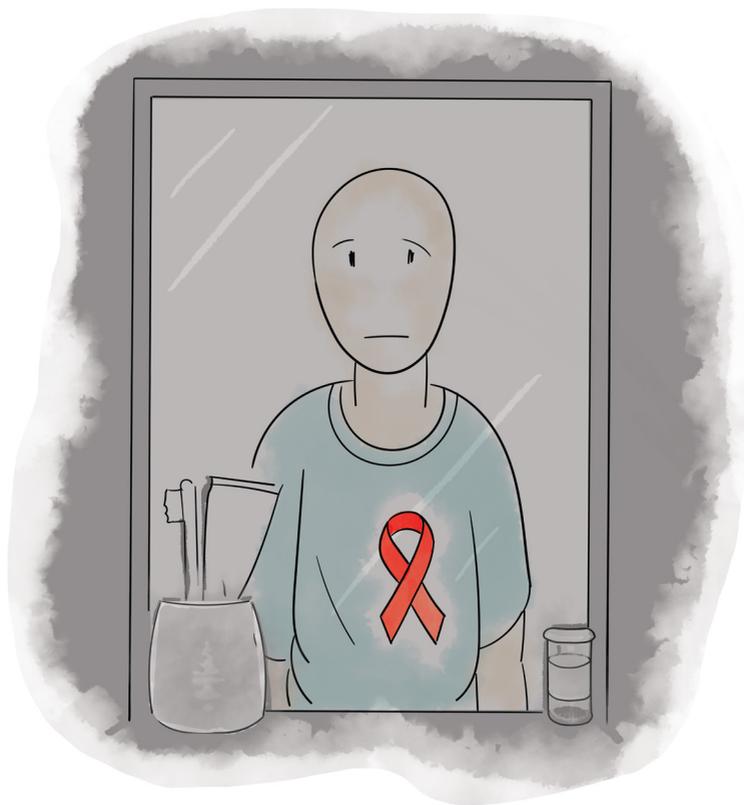


# Депрессия среди людей, живущих с ВИЧ

Руководство для равных консультантов

Издание 2-е, дополненное



Автономная некоммерческая организация Центр поддержки людей затронутых социально значимыми заболеваниями «Партнерство равных»

 ПАРТНЕРСТВО  
РАВНЫХ

 EA  
TG European  
AIDS Treatment  
Group



# Депрессия среди людей, живущих с ВИЧ



# Депрессия среди людей, живущих с ВИЧ

Руководство для равных консультантов  
Издание 2-е, дополненное



Скифия  
Санкт-Петербург  
2023

ББК  
УДК  
Д

**Авторский коллектив:**

Анастасия Петрова, Марина Ветрова,  
Сергей Головин, Юлия Верещагина

**Иллюстрации:**

Саша Скочиленко

Публикация подготовлена АНО «Партнерство Равных» при поддержке Европейской группы по лечению СПИДа (European AIDS Treatment Group, EATG)

Материал для главы «Депрессия среди ключевых групп\*» подготовлен рабочей группой проекта, в которую вошли: Мария Годлевская, Эва Хатесс, Диана Алиева, Даниил Патрушев, Мария Петрова, Santa Human rights defender)

Материал для раздела «Депрессия среди трансгендерных людей»\* (данный материал не является пропагандой и имеет своей целью просвещение в области ментального здоровья) подготовили:

Диана Алиева – транс\*активистка, консультантка по здоровью;

Яна Кирей-Ситникова – транс\* активистка, исследовательница;

Егор Бурцев – клинический психолог;

Ян Дворкин – психолог, руководитель «Центра-Г»;

Ирек Тукаев – транс\*активист;

Михаил Каширин – транс\* и квир-активист, живущий с депрессией.

Д Депрессия среди людей, живущих с ВИЧ. Руководство для равных консультантов. Издание 2-е, дополненное — Санкт-Петербург : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2023. — 88 с. : ил.

ISBN

© АНО «Партнерство равных», 2023

© Оформление. ООО «Издательско-Торговый Дом “СКИФИЯ”», 2023

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.



## **ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Данная брошюра предназначена для людей, которые занимаются равным консультированием в сфере ВИЧ-инфекции. Депрессия – это заболевание (психическое расстройство), которое может быть диагностировано только врачом-психиатром. Соответствующее лечение (лекарства либо психотерапия) также могут назначаться только квалифицированным медицинским специалистом. Данная брошюра носит информационный характер и разработана с целью помочь равным консультантам выявить первичные признаки возможной депрессии (скрининг) и перенаправить клиента или клиентку к специалисту. Также она призвана помочь людям, живущим с ВИЧ, расширить знания о психическом здоровье и способах его охраны.

Упоминание названий лекарственных препаратов ни при каких обстоятельствах не является рекламой или свидетельством того, что авторы брошюры, АНО «Партнерство равных» либо Европейская группа по лечению СПИДа рекомендуют или не рекомендуют данные лекарственные препараты. Упоминание любых схем лечения ни при каких обстоятельствах не является альтернативой консультации врача-специалиста.

Данная брошюра распространяется бесплатно и предназначена исключительно для некоммерческого использования.

Материалы, упомянутые в брошюре, можно найти самостоятельно в Интернете или получить, обратившись в АНО «Партнерство равных»:

**[peerpartners.ngo@gmail.com](mailto:peerpartners.ngo@gmail.com)**

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	10
Что такое депрессия и почему людям, живущим с ВИЧ, важно о ней знать? .....	11
Что такое депрессия?.....	12
Чек-лист с симптомами депрессии.....	15
Почему развивается депрессия? .....	16
Как лечат депрессию?.....	17
Депрессия у людей, живущих с ВИЧ.....	19
Депрессия и ВИЧ: практические советы для равных консультантов .....	22
«Лицо депрессии» или как распознать признаки депрессии у клиента или клиентки? .....	23
Поддержка и маршрут для клиентов с ВИЧ-инфекцией и депрессией .....	26
Психотерапия .....	32
Самостоятельная работа .....	34
Психологическая поддержка равными консультантами .....	38
Образ жизни и уход за физическим здоровьем .....	39
Что стоит рассказать клиентам о депрессии .....	41
Депрессия среди ключевых групп* .....	44
Депрессия среди людей, употребляющих наркотики* .....	45
Депрессия среди мужчин, имеющих секс с мужчинами* .....	53
Депрессия среди секс-работников .....	56
Депрессия среди трансгендерных людей* .....	59
Приложения и полезные ресурсы .....	73
Шкала (тест-опросник) депрессии Бека .....	74
Гигиена сна .....	81
Таблица взаимодействия препаратов .....	84

## ВВЕДЕНИЕ

Эта брошюра написана людьми, имеющими опыт жизни с депрессией. Авторы не понаслышке знают о том, что депрессия – особенно если ее не лечить – может сильно ухудшить качество жизни каждого человека. Для ВИЧ-положительных людей тема депрессии особенно актуальна по нескольким причинам. Во-первых, известно, что депрессия у людей с ВИЧ встречается чаще, чем среди общего населения. Во-вторых, некоторые препараты для лечения ВИЧ-инфекции могут вызывать депрессию как нежелательное явление. В-третьих, депрессия может ухудшать результаты лечения ВИЧ-инфекции, например, за счет снижения приверженности к терапии.

Цель этой брошюры – расширение знаний о психическом здоровье в целом и о депрессии в частности у людей, живущих с ВИЧ. Также она предназначена для того, чтобы помочь равным консультантам выявить первичные признаки возможной депрессии и перенаправить клиента или клиентку к специалисту. Авторы включили в брошюру базовую информацию о том, что такое депрессия, описание ее основных симптомов, способы выявления (скрининга), алгоритмы помощи и полезные ресурсы.

Проблемы психического здоровья в обществе все еще сильно стигматизированы, что мешает своевременному обращению за квалифицированной помощью. При работе с клиентами или клиентками, переживающими депрессию, важно избегать отношения к симптомам депрессии как к надуманной проблеме, связанной с ленью или плохим настроением. Помните, что депрессия – это серьезное заболевание, которое в запущенных случаях может приводить к очень тяжелым последствиям, вплоть до суицида. Однако в настоящее время она вполне поддается диагностике, лечению и контролю.

**ЧТО ТАКОЕ ДЕПРЕССИЯ И ПОЧЕМУ  
ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, ВАЖНО  
О НЕЙ ЗНАТЬ?**

## ЧТО ТАКОЕ ДЕПРЕССИЯ?

Депрессия буквально означает чувство подавленности, грусти или несчастья. Почти каждый время от времени испытывает такое эмоциональное состояние, например, в ситуациях, когда человек переживает потерю, разочарование или боль. Для большинства людей эти чувства являются кратковременной реакцией на стресс в моменты жизненных трудностей. Однако бывают случаи, когда депрессия продолжается в течение длительного периода (обычно более двух недель) и начинает мешать жизни. Таким образом, депрессия становится патологическим состоянием или, иными словами, расстройством с определенными диагностическими критериями.

Депрессия – одно из самых распространенных психических заболеваний, основными признаками которого являются снижение настроения и интенсивности положительных эмоций, а также уменьшение энергичности и активности. У людей в состоянии депрессии часто снижена или утрачена способность получать удовольствие, радоваться и интересоваться жизнью.

Депрессия приводит к падению концентрации и работоспособности, когда даже минимальные усилия вызывают сильную усталость, а также к социальной изоляции из-за сниженной самооценки и уверенности в себе. В самых тяжелых случаях депрессия может явиться причиной самоубийства из-за чувства, что жизнь больше не стоит того, чтобы жить, и мыслей о собственной виновности и бесполезности.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) депрессия встречается примерно у 3,8% населения – совокупно это почти 280 миллионов человек!

## Как выявить депрессию?

Депрессию, в отличие от инфекций и других заболеваний, не так просто выявить, поскольку нет специфического анализа, который можно сдать и получить однозначный ответ о наличии или отсутствии депрессии по биохимическим/физиологическим показателям. Однако в распоряжении врачей-психиатров есть специальный инструмент, который называется диагностическое интервью. Он позволяет с высокой точностью диагностировать у человека то или иное психическое расстройство, включая депрессию, чтобы подобрать тактику для облегчения состояния и повышения качества жизни.

При постановке диагноза врачи-психиатры опираются на международную классификацию болезней – МКБ. В ней есть специальный раздел, посвященный психическим заболеваниям, включая депрессию и другие расстройства, например, биполярное аффективное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство и т.д.

В МКБ-10 выделяют основные и дополнительные симптомы депрессии. К основным симптомам относятся:

- ✓ Подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств (например, развод, потеря работы, плохое физическое состояние здоровья), преобладающее почти ежедневно и большую часть дня **в течение двух и более недель.**
- ✓ Ангедония – то есть, потеря интереса или удовольствия **от ранее приятной деятельности.**
- ✓ Выраженная утомляемость, упадок сил **в течение месяца.**

К дополнительным симптомам депрессии относятся:

- ✓ Пессимизм – негативный взгляд на жизнь
- ✓ Чувство вины, бесполезности, тревоги или страха
- ✓ Заниженная самооценка
- ✓ Неспособность концентрироваться и принимать решения
- ✓ Мысли о смерти или самоубийстве
- ✓ Изменение аппетита, снижение или набор веса
- ✓ Гликогевзия – состояние, характеризующееся появлением сладкого вкуса во рту без соответствующего раздражителя
- ✓ Нарушенный сон – бессонница или пересыпание



*Для постановки диагноза депрессия должны присутствовать не менее двух основных и трех дополнительных симптомов в течение не менее двух недель!*

Депрессия может проявляться в виде единичного эпизода, быть хронической или являться частью другого заболевания, включая психические (например, биполярное расстройство) и иные заболевания (например, некорректная работа щитовидной железы).

# ЧЕК-ЛИСТ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ

## **Эмоциональная сфера**

- Чувство грусти и несчастья
- Потеря интереса к жизни, в отношениях, в работе и других активностях
- Чувство вины
- Раздражительность
- Вспыльчивость

## **Физическое состояние**

- Усталость, слабость, недомогание
- Боли во всем теле

## **Мышление**

- Слишком много думает
- Трудности с концентрацией внимания
- Безднадежность в будущем
- Мысли о том, что «я недостаточно хорош(а) по сравнению с другими»
- Мысли о том, что «будет лучше, если меня не будет в живых»
- Идеи и планирование суицида

## **Поведение**

- Нарушение сна (обычно бессоница, но периодически слишком много спит)
- Плохой аппетит (иногда повышен)
- Сниженная сексуальная активность
- Предпочитает одиночество и не вступать в контакт с окружающими
- Проблемы на работе/в школе

## ПОЧЕМУ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕПРЕССИЯ?

Депрессия является результатом взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов. Так, у каждого человека есть разная степень генетической и физиологической предрасположенности к депрессии (например, особенности функционирования нервной системы и эндокринной системы, состояния сердечно-сосудистой системы и т.д.). Иными словами, человек может заболеть депрессией даже без видимых внешних причин. В то же время, повышенный риск развития депрессии есть у людей, переживших жизненные потрясения, в том числе в детском возрасте (потеря близкого, психологическую травму, насилие и т.д.) Подобным сильным травматическим событием для человека может стать постановка диагноза ВИЧ-инфекция, несмотря на достигнутый прогресс в лечении данного заболевания.

Некоторые лекарства, например, бета-блокаторы, пероральные контрацептивные средства и антиретровирусная терапия (особенно эфавиренз) и чрезмерное употребление алкоголя также могут способствовать развитию депрессии у некоторых людей. Из социальных факторов риска, влияние которых доказано, можно перечислить безработицу, низкий уровень дохода, плохие жилищные условия и т.д.

## КАК ЛЕЧАТ ДЕПРЕССИЮ?

Существуют общепринятые стандарты лечения депрессии. В зависимости от тяжести и характера состояния человеку может быть предложена психотерапия и/или медикаментозная терапия. Из направлений психотерапии доказанной эффективностью при лечении именно депрессии обладает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). В качестве первой линии медикаментов назначают антидепрессанты, которые включают в себя *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* (СИОЗС, например, флуоксетин), *трициклические антидепрессанты* (ТЦА, например, amitриптилин) и другие классы (например, тетрациклические антидепрессанты, в том числе венлафаксин, мirtазалин). Выбор зависит от симптомов, профиля побочных эффектов препарата и опыта приема препаратов в прошлом у человека или членов семьи.

Все антидепрессанты обладают примерно равной эффективностью для лечения депрессии у взрослых, однако разные люди по-разному «отвечают» на разные антидепрессанты. Побочные эффекты обычно кратковременны и проходят самостоятельно без дополнительного вмешательства. Однако если этого не происходит, врач подбирает другой антидепрессант. Большинство антидепрессантов начинают действовать через 2-4 недели, а иногда и через 6 недель после начала приема.



*При консультировании клиентов важно учитывать мифы об антидепрессантах – вопреки распространенному мнению, они не вызывают зависимость, не имеют наркотического эффекта и не приводят к необратимым изменениям в личности человека.*

При резком прекращении приема антидепрессантов могут появиться неприятные симптомы, Поэтому важно соблюдать режим, предписанный врачом.

Всемирная организация здравоохранения подготовила план действий в области психического здоровья на 2013 – 2030 годы. Депрессия в нем указана как одно из приоритетных заболеваний. Важный принцип плана заключается в том, что борьба с депрессией как с проблемой общественного здравоохранения начинается с людей, не являющихся медицинскими специалистами – в том числе пациентов и равных консультантов. Для них ВОЗ разработала несколько пособий, в том числе «Управление проблемами плюс», «Групповая интерперсональная терапия при депрессии» и «Здоровое мышление». Брошюра, которую вы сейчас читаете, также призвана дать простые инструменты для самопомощи в сфере психического здоровья на уровне пациентского сообщества.

## ДЕПРЕССИЯ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Во введении мы уже говорили о том, что депрессия у людей с ВИЧ встречается чаще, чем среди общего населения. Согласно Европейскому клиническому обществу по СПИДу (EACS), распространенность депрессии среди ВИЧ-положительных людей составляет от 20% до 40%, в то время как среди общего населения по разным данным распространенность не превышает 7%. ВОЗ говорит о 3,8% среди общего населения и о 31% среди людей с ВИЧ.

Высокая распространенность депрессии у людей, живущих с ВИЧ, может объясняться следующими факторами:

- ✓ непосредственное нейротоксичное действие ВИЧ;
- ✓ вторичные сопутствующие заболевания и состояния (например, оппортунистические инфекции, дефициты витаминов В6 и В12);
- ✓ нежелательные явления в связи с приемом АРВ-терапии;
- ✓ стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ.

Согласно EACS, к факторам риска развития депрессии у ВИЧ-положительных людей относятся:

- ✓ депрессия в семейном анамнезе;
- ✓ эпизод депрессии в собственном анамнезе;
- ✓ пожилой возраст;
- ✓ подростковый возраст;
- ✓ наличие в анамнезе наркотической зависимости, психиатрических, неврологических или тяжелых соматических заболеваний;

- ✓ использование эфавиренза;
- ✓ употребление психотропных средств и рекреационных наркотиков
- ✓ нарушения нейрокогнитивной функции (например, потеря памяти, трудности с концентрацией и т.д.)

Врачам необходимо учитывать, что некоторые препараты для лечения ВИЧ-инфекции (АРВ-препараты) могут вызывать депрессию как нежелательное явление. В частности, если у пациента диагностирована депрессия, рекомендуется перейти со схемы, содержащей эфавиренз, на схему с другим третьим препаратом. Некоторые препараты класса ингибиторов интегразы, например, долутегравир, могут вызывать бессонницу, и лечащие врачи должны принимать это во внимание при совместном назначении ингибиторов интегразы и антидепрессантов.

Не все АРВ-препараты совместимы с препаратами для лечения депрессии. Так, ингибиторы протеазы, усиленные ритонавиром или кобициклатом, имеют взаимное влияние с большинством антидепрессантов. Для корректного назначения терапии при депрессии важно сообщить врачу-психиатру о тех АРВ-препаратах, которые вы принимаете. Также, если вам назначают антидепрессанты, обязательно следует сообщить об этом вашему инфекционисту. Равному консультанту очень важно донести эту рекомендацию до пациентов, так как специалисты из разных областей могут не взаимодействовать друг с другом и не обмениваться информацией о пациенте, особенно если они работают в разных учреждениях.



*В случае несовместимости АРВ-терапии и терапии против депрессии в первую очередь следует рассмотреть возможность смены антидепрессантов.*

Еще один факт, который мы упоминали ранее – депрессия может ухудшать результаты лечения ВИЧ-инфекции и в общем снижает качество жизни. ВИЧ-положительные люди, переживающие депрессию, могут из-за этого пропускать прием таблеток или отказываться от лечения, несвоевременно посещать врача и проходить необходимые медицинские процедуры. И наоборот, лечение депрессии и социальная поддержка не только облегчают симптомы депрессии, но и улучшают приверженность к терапии, а, значит, повышают ее эффективность.

Депрессивные расстройства часто связаны со значительной тревожностью и плохим общим самочувствием. Тревога является отдельной проблемой в сфере психического здоровья, которой посвящен специальный раздел в европейских рекомендациях по лечению ВИЧ-инфекции 2021 года. Хотя в этой брошюре авторы не рассматривают работу с тревогой у клиентов или клиенток, важно помнить, что тревога дополнительно осложняет течение депрессии.

По результатам исследования Европейской группы по лечению СПИДа (EATG) от 51% до 53% ВИЧ-положительных людей, принявших участие в опросе, сообщили о наличии симптомов депрессии, но только 18% указали, что обращались за медицинской помощью. Это свидетельствует о важности роли равного консультанта, который может быть проводником между ВИЧ-положительными людьми и специалистами в области охраны психического здоровья.



*Одна из главных рекомендаций ВОЗ в сфере психического здоровья и ВИЧ – включать меры по выявлению, оценке и лечению депрессии в пакет услуг при ВИЧ-инфекции.*

# **ДЕПРЕССИЯ И ВИЧ: ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ДЛЯ РАВНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ**

## «ЛИЦО ДЕПРЕССИИ» ИЛИ КАК РАСПОЗНАТЬ ПРИЗНАКИ ДЕПРЕССИИ У КЛИЕНТА ИЛИ КЛИЕНТКИ?

Скрининг депрессии – это в первую очередь обязанность профессионалов в сфере психического здоровья. Однако именно равные консультанты могут заметить первые признаки депрессии у клиента.

Начать разговор можно с открытых вопросов, например, «Как Вы себя чувствуете? Как Ваше настроение? Чем Вы сейчас живете? Хватает ли Вам энергии в течение дня?».

Для проведения скрининга депрессии следует задать **два основных диагностических вопроса:**



*1. Часто ли в последние месяцы вы испытывали чувство подавленности, грусти и безнадежности?*

*2. Потеряли ли вы интерес к видам деятельности, которые раньше вам нравились?*

Если хотя бы на один из этих вопросов клиент дал положительный ответ, имеет смысл провести дополнительную диагностику. Она включает в себя:

- а) оценку наличия симптомов,**
- б) тест с использованием шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI).**

В Европейских клинических рекомендациях по ВИЧ-инфекции рекомендуется следующий алгоритм оценки симптомов депрессии.

Как минимум 2 недели:

**А. подавленного настроения**

ИЛИ

**Б. потери интереса**

ИЛИ

**В. сниженного чувства удовольствия,**

(то есть, как минимум один из трех вышеперечисленных симптомов)

**ПЛЮС четыре из семи** следующих факторов:

- ✓ Изменение массы тела на более чем 5% за месяц или длительное изменение аппетита
- ✓ Бессонница или частая сонливость
- ✓ Изменение скорости мышления и движения
- ✓ Усталость
- ✓ Чувство вины и собственной бесполезности
- ✓ Снижение концентрации внимания и способности принимать решения
- ✓ Суицидальные настроения или попытка суицида



*Важно помнить, что препарат эфавиренз связан с более высоким риском возникновения склонности к самоубийствам.*

Если оценка симптомов депрессии показала наличие как минимум одного из основных и 3–4 дополнительных симптомов, то можно воспользоваться шкалой депрессии Бека как дополнительным диагностическим инструментом. Шкалу депрессии Бека вы найдете в приложении.

Во время опроса обратите внимание на следующие важные признаки, которые могут указывать на депрессию: человек выглядит несчастным, затруднен зрительный контакт, медленная или невнятная речь без каких-либо эмоций, заторможенные движения или беспокойность. Если есть возможность, то уточните у членов семьи и друзей: «Достаточно ли он(а) пьет и ест? Говорил ли он(а) о желании или планах причинения вреда себе? Были ли попытки причинения вреда себе?».

## **ПОДДЕРЖКА И МАРШРУТ ДЛЯ КЛИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ДЕПРЕССИЕЙ**

На наш взгляд, **главная цель равного консультанта при работе с клиентом или клиенткой с депрессией и ВИЧ – помочь им найти ресурсы для борьбы с депрессией через эмоциональную поддержку, информирование и выработку плана действий.**

Лечение депрессии каждого человека будет выглядеть по-разному, но в идеале оно должно содержать следующие компоненты:

- ✓ Медикаментозную терапию, если она назначена;
- ✓ Психотерапию (отдавая предпочтение когнитивно-поведенческой терапии, терапии, ориентированной на решение проблем, и другим видам психотерапии с доказанной эффективностью);
- ✓ Самостоятельная работа над негативным мышлением и поведением;
- ✓ Психологическую поддержку, которая может оказываться как психотерапевтом, так и самим равным консультантом;
- ✓ Поддерживающее окружение, которое может включать группы взаимопомощи и другие сообщества, где практикуется безопасное общение и взаимная поддержка;
- ✓ Заботу о физическом здоровье, включая здоровый сон, физическую нагрузку, режим сна и бодрствования, а также посещение врачей различного профиля.

Ниже мы подробнее расскажем о каждом из пунктов возможного плана. Он основан на реалиях Российской Федерации, но может быть легко адаптирован к условиям другой страны.

## Поиск врача-психиатра

Первым пунктом должен стать поиск врача для диагностики и назначения необходимого лечения. Это важно, поскольку депрессия – настоящая болезнь, а, значит, поставить этот диагноз может только врач. Как мы упоминали ранее, депрессия может встречаться как самостоятельное заболевание, а может быть симптомом других заболеваний.



*Только человек с высшим медицинским образованием может корректно оценить состояние человека, взвесить риски и назначить (или не назначить) необходимое лечение.*

К сожалению, найти дружественного и квалифицированного специалиста в сфере психиатрии бывает непросто. Мы описываем несколько маршрутов, по которым можно пойти в этом поиске.

## **Маршрут №1. Психиатр или врач-психотерапевт в СПИД-центре или инфекционной клинике**

В региональных/городских центрах СПИД или на базе инфекционной больницы, где клиент наблюдается в связи с ВИЧ-инфекцией, может существовать ставка психиатра и/или врача-психотерапевта. К сожалению, эта ставка не всегда занята. Однако в качестве первого шага стоит ориентировать клиента на разговор со своим инфекционистом о наличии психиатра в штате учреждения, занимающегося лечением ВИЧ-инфекции. Этот маршрут поиска специалиста потенциально является очень эффективным. Инфекционист и психиатр, работающие в одном учреждении, могут создать рабочую команду для более комплексного подхода к здоровью пациента.



## Маршрут №2. ПНД по месту жительства

В Российской Федерации психиатрическая помощь оказывается бесплатно в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). Это значит, что любой гражданин может обратиться за помощью по месту регистрации в соответствующее учреждение – психоневрологический диспансер (ПНД).

Этот маршрут вызывает много страхов, связанных, в основном, с постановкой на психиатрический учёт. Однако психиатрический учёт – а именно обязанность медицинских учреждений отчитываться обо всех пациентах с заболеваниями психики – отменили еще в 1993 году. Сейчас наблюдение и лечение у психиатра делится на консультативно-лечебную помощь и диспансерное наблюдение. В случае, если человек тяжело болеет или представляет опасность для себя или других, лечащий врач может порекомендовать диспансерное наблюдение с обязательством приходить на прием с определенной частотой. В случае депрессии помощь оказывается в консультативно-лечебной форме. Если человек, который получает консультативно-лечебную помощь, перестанет приходить, врач не станет выяснять, где он и что с ним.

Сам факт обращения в медицинскую организацию и данные о вашем здоровье – это конфиденциальная информация, охраняемая законом врачебная тайна. Поэтому, если человек обратился в ПНД, никто не будет об этом сообщать – ни его начальству, ни в МВД.

Всё это имеет смысл объяснить клиентам. Для обращения в ПНД необходимо узнать, какое учреждение может принять человека в зависимости от места его регистрации, и прийти туда с паспортом и полисом ОМС. На базе ПНД клиент сможет получить помощь не только психиатра, но также психотерапевта и психолога.

## Маршрут №3. Частная клиника

В последнее время появляется все больше частных клиник, на базе которых принимают врачи-психиатры. Основной и, скорее всего, единственный недостаток этого маршрута – то, что он платный. Цена за приём может варьироваться от 2000 рублей в регионах до 10 000 рублей и более в Москве и Санкт-Петербурге (цены 2022 года). Если у клиента есть финансовая возможность, то обращение в частную клинику – это, вероятно, лучший вариант.

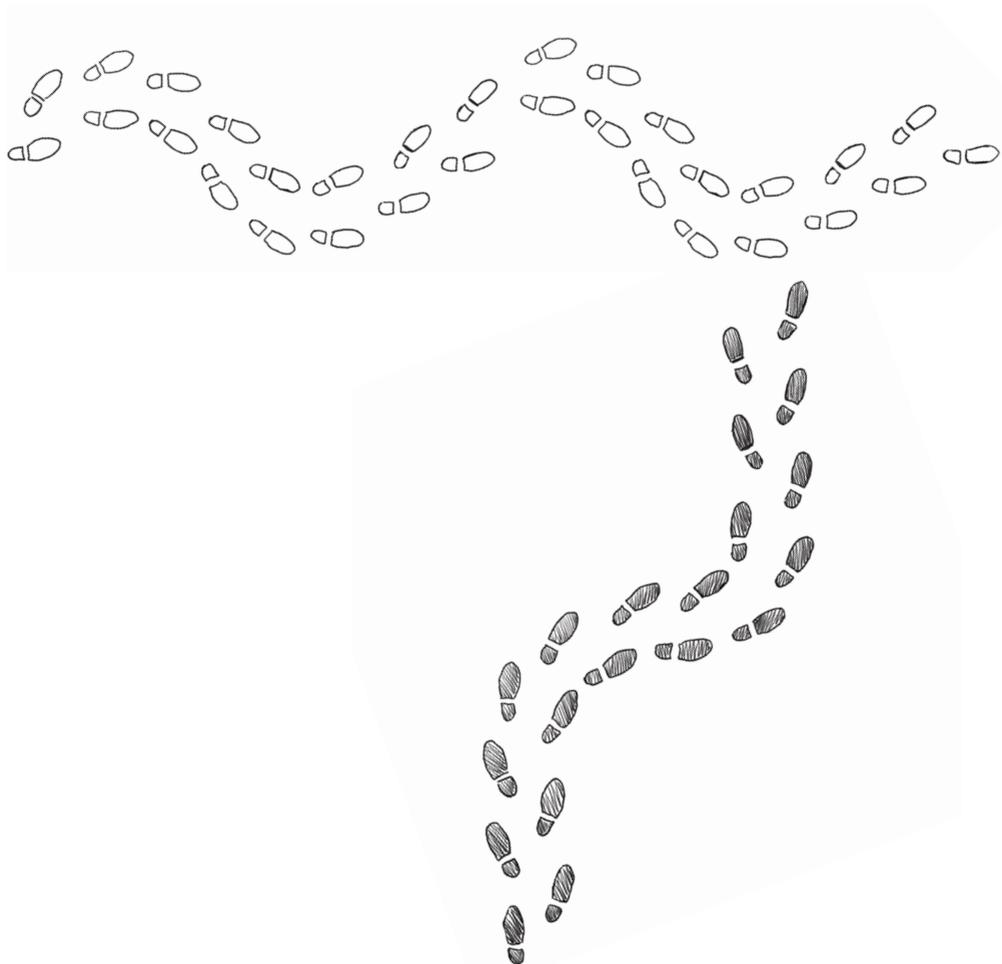
Во-первых, в частной клинике осуществляется только консультационно-лечебный приём, и клиенту не станут предлагать обязательное диспансерное наблюдение. Во-вторых, предполагается, что данные частных клиник лучше защищены, и информация о пациентах не передается государству без специального запроса. В-третьих, коммерческие медицинские центры больше заинтересованы в рейтинге своего учреждения и удержании пациентов, а, значит, шансы попасть к дружественному специалисту возрастают.

Однако и в частных центрах хочется найти проверенного врача. Для этого существуют «белые» списки врачей, составленные независимыми сообществами пациентов и профессионалов. В них вносят специалистов, которых рекомендуют люди после позитивного опыта лечения. В Интернете, например, опубликованы списки, составленные активистами Ассоциации «Биполярники» и проектом «Чистые когниции» – сообществом профессионалов за научно-обоснованную психиатрию.

Стоит предупредить клиента о том, что посещение психиатра не должно носить разовый характер. Даже если на первой встрече будет подобрано лечение, понадобятся ещё как минимум две встречи. Вторая встреча нужна для обсуждения самочувствия и возможной корректировки терапии через три недели. Третья встреча понадобится для того, чтобы врач рассказал, как грамотно закончить приём препаратов.

## Маршрут №4. Дружественный врач-психиатр в рамках некоммерческой организации

Этот маршрут, к сожалению, крайне редко встречается в текущих условиях, поскольку для оказания медицинских услуг требуется соответствующая лицензия. Однако если вам известна некоммерческая организация, где работает дружественный врач-психиатр, который может поставить диагноз и назначить лечение, то вы можете направить клиента туда.



## ПСИХОТЕРАПИЯ

Помимо антидепрессантов, для лечения депрессии используются методы психотерапии. Чаще всего врачи рекомендуют совмещать эти два метода.



*При легкой степени депрессии психотерапия рекомендуется как метод первого выбора.*

Доказанную эффективность в лечении депрессии имеет **когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)** и ее разновидности:

- ✓ когнитивная терапия на основе осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy);
- ✓ диалектико-поведенческая терапия (ДПТ);
- ✓ схема-терапия;
- ✓ терапия принятия и ответственности;
- ✓ терапия, основанная на сострадании.

Психотерапевтические услуги в России могут оказывать врачи-психотерапевты или клинические психологи. Маршруты поиска этих специалистов в целом совпадают с маршрутами поиска врачей-психиатров, которые описаны выше. Также существуют достаточно удобные онлайн-сервисы, которые помогают подобрать психотерапевта под конкретный запрос клиента, например, Alter, «МЕТА» и «Ясно» (указаны в алфавитном порядке).

Мы не рекомендуем равным консультатам направлять клиентов к психотерапевтам, с которыми они работают сами, поскольку такая практика не соответствует нормам этического кодекса психологов и психотерапевтов. Подробнее о принципах этики в психотерапии можно прочитать, например, в Этическом кодексе Российской психотерапевтической ассоциации.

Работа с психотерапевтом не должна носить разовый характер. Минимальным курсом психотерапии можно считать 10 встреч, которые проходят каждую неделю. За это время вы проговорите со специалистом ситуации, которые запускают депрессивную реакцию (триггеры), найдете способы справляться с навязчивыми мыслями и самокритикой, а также узнаете о стратегии поведенческой активации – эффективным методом борьбы с депрессией через поведение.

## САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Психотерапевты когнитивно-поведенческого подхода дают клиентам домашнее задание отслеживать и преодолевать негативные мысли, а также менять поведение.

Для депрессии характерно «негативное мышление»: самокритика, навязчивые мысли (руминации), в том числе о бессмысленности жизни, о своём одиночестве и покинутости. В КПТ считается, что наши эмоции – следствие наших мыслей. Именно поэтому большое внимание уделяется изменению мышления.

Будет очень полезно, если человек с депрессией научиться отслеживать свои негативные мысли, эмоции и реакции на стрессовые события, а лучше – записывать их. Для удобства предлагается следующая таблица:

<b>Событие</b>	<b>Мысли</b>	<b>Реакция, последствие (чувства, эмоции)</b>	<b>Действия</b>	<b>Физиологические проявления</b>	<b>Поведение</b>
Подруга позвала в кафе	«Я плохо выгляжу, не могу показаться людям в таком виде»	Боль, грусть, тревога	Отказываюсь от встречи	Ком в горле	«Залипаю» весь вечер в телефоне

После того, как человек начинает замечать, что с ним происходит, можно пробовать это менять. Следующий шаг – придумать альтернативные интерпретации для ситуации:

Событие	Мысль	Альтернативная мысль
Подруга позвала в кафе	«Я плохо выгляжу, не могу показаться людям в таком виде»	«Подруга дорожит нашей дружбой, она хочет помочь»

Так, постепенно меняя мышление, мы меняем эмоции.

Кроме работы с мыслями, в когнитивно-поведенческой психотерапии предлагается работа с поведением. Одной из самых эффективных техник является *поведенческая активация*. Человек в депрессии склонен избегать деятельности, становится более пассивным и апатичным. Это неминуемо снижает качество жизни. Круг депрессии замыкается, и человек остается один на один со своей самокритикой и ощущением безнадежности.

Принцип поведенческой активации гласит, что **«действие рождает мотивацию»**. На самом деле, нам не нужно желание, чтобы начать что-либо делать. А сам факт действия может принести нам облегчение.

В терапии поведенческой активацией предлагается:



- 1. Заметить действия, которые мы избегаем из-за депрессии.**
- 2. Совершить эти действия.**
- 3. Найти способ поощрить себя.**

Чтобы понять, какие действия от нас требуются в данный момент, бывает полезно прописать свои цели и разбить их на более мелкие шаги. Также эффективно составить список вещей, которые приносят удовольствие. Такой список может послужить шпаргалкой, когда трудно выбрать необходимое действие.

Также существуют книги для клиентов, которые содержат упражнения и рекомендации для самостоятельной работы. Одно из таких руководств, которое мы рекомендуем – книга Роберта Лихи «Победи депрессию прежде, чем она победит тебя». Несмотря на броское название, книга содержит научно-обоснованные рекомендации по борьбе с депрессией. Вот некоторые из них.

- ✓ **Боритесь с чувством безнадежности.** Несмотря на чувство безнадежности, продолжайте действовать. Осознайте, что это ощущение не соответствует реальности: это симптом депрессии. Спросите себя, какие цели в вашей жизни НЕ безнадежны? Сосредоточьтесь на них. Попробуйте выполнить упражнение на внимание. Вы не сможете ощущать себя безнадежным, если сфокусируетесь на моменте «здесь и сейчас».
- ✓ **Боритесь с самокритикой** – она никак не помогает решать проблемы. Заметьте свои негативные мысли о себе. Примите радикальное решение НЕ критиковать себя больше. Как только начинается самокритика, скажите себе СТОП. Переключитесь на достижимые цели и вознаграждайте себя за их достижение. Смотрите широко: необязательно быть идеальным, чтобы быть достаточно хорошим. Практикуйте принятие.
- ✓ **Боритесь с отсутствием мотивации.** Не ждите мотивации, просто действуйте. Вспомните, чем вы занимались до депрессии. Начните вновь практиковать некоторые из этих занятий. Выберите цели и разбейте их на мелкие шаги. Используйте вознаграждения, делая каждый шаг. Не ожидайте немедленной отдачи, просто делайте.

- ✓ **Боритесь с нерешительностью.** Принимайте решения, основываясь на своих целях и приоритетах, а не на том, как вы себя чувствуете в данный момент. Важные решения часто связаны с сомнениями. Допустите их появление, но все равно действуйте.
- ✓ **Боритесь с навязчивыми мыслями (руминациями).** Запишите свои руминации и замечайте их появление. Ваш разум может сосредоточиться только на одной вещи. Переместите его с руминаций на что-то ещё. Когда вторгающаяся мысль вмешивается в вашу жизнь, не боритесь с ней, но и не следуйте ей. Примите её присутствие и продолжайте жить дальше.

Самопомощь является очень важной частью работы с депрессией, но не заменит обращение к психиатру и психотерапевту.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РАВНЫМИ КОНСУЛЬТАНТАМИ

Равное консультирование само по себе имеет эффект психологической поддержки. Кроме того, существуют специальные методы психологической поддержки, которые равные консультанты могут применять после прохождения соответствующего обучения.

В том числе:

- ✓ ориентированная на решение краткосрочная терапия (Solution-focused Brief Therapy);
- ✓ групповая интерперсональная терапия при депрессии (ИПТ).

У Всемирной организации здравоохранения есть методические пособия на русском языке для обоих методов. Они опубликованы на сайте ВОЗ, также их можно получить по запросу в АНО «Партнерство равных» (контакты указаны на первой странице).



*Важная часть плана по борьбе с депрессией – формирование поддерживающего окружения для клиента. Можно рекомендовать клиенту посещать группы взаимопомощи как для ВИЧ-положительных людей, так и для людей, переживающих депрессию. Для поиска специализированных групп по вопросам психического здоровья можно обратиться, например, в АНО «Партнерство равных».*

## ОБРАЗ ЖИЗНИ И УХОД ЗА ФИЗИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ

Поскольку депрессия – биопсихосоциальное заболевание, эффективность медикаментов и психотерапии могут иметь меньшую эффективность, если человек не привносит необходимые изменения в другие сферы жизни. Поэтому план по борьбе с депрессией обязательно должен включать изменение образа жизни и заботу о физическом здоровье.

- ✓ Первое, к чему стоит стремиться – это снижение уровня каждодневного стресса в жизни клиента, если стресс присутствует. Равный консультант может помочь составить план выхода из ситуации, которая наносит урон психическому здоровью клиента.
- ✓ В то же время минимальный уровень стресса и нагрузки является необходимым для функционирования нашего организма. На этом основан метод работы с депрессией, который называется «поведенческая активация». Депрессия лишает человека сил и не даёт двигаться вперёд. Однако полностью поддавшись желанию бездействовать, человек лишь глубже погружается в депрессивное состояние. Равный консультант может помочь клиенту найти баланс между необходимым отдыхом и стимулирующей активностью.

- ✓ Доказано, что физические нагрузки уменьшают симптомы при большом депрессивном расстройстве. План борьбы с депрессией должен включать минимальный уровень физической активности. Всемирная организация здравоохранения рекомендует 150 – 300 минут аэробной физической активности умеренной интенсивности в неделю, дважды в неделю уделять время развитию физической массы, а также сократить время, проводимое в положении сидя или лежа.
- ✓ Питание также оказывает влияние на состояние психики. При лечении депрессии лучше сократить потребление быстрых углеводов (сладкого и мучного) и разнообразить свой рацион добавлением белковых продуктов, аминокислот и клетчатки. Также эффективным может быть подключение витаминов (например, витамин D), но их назначение следует доверить врачу.
- ✓ Соматические заболевания (заболевания тела) влияют на эмоциональное состояние. Равный консультант может предложить клиенту пройти диспансеризацию для диагностики общего состояния организма и включить в план борьбы с депрессией посещение врачей соматического профиля.
- ✓ Качественный сон – еще одна важная часть плана по заботе о психическом состоянии. Всемирная организация здравоохранения включает здоровый сон в критерии здоровья. Подробные рекомендации по гигиене сна вы найдете в приложении.

## ЧТО СТОИТ РАССКАЗАТЬ КЛИЕНТАМ О ДЕПРЕССИИ

Если вы выявили у клиента симптомы депрессии, перед направлением к специалисту стоит донести до клиента следующую информацию:

**V** Депрессия – наиболее часто встречающееся расстройство психической сферы в мире.

**V** Если у вас ВИЧ, ваш риск заболеть депрессией выше, чем у человека без ВИЧ.

**V** Человек, который живет с депрессией, нуждается в лечении и поддержке.

**V** Забота о психическом здоровье – важная составляющая лечения ВИЧ-инфекцией.

**V** Некоторые АРВ-препараты могут вызывать или усугублять депрессию. Обязательно обратитесь к лечащему врачу за консультацией.

-  В Клинических рекомендациях Минздрава России «ВИЧ-инфекция у взрослых» (2020 г.) целями АРВ-терапии, помимо вирусологической и иммунологической эффективности, указано сохранение/улучшение качества жизни пациента. Если при приеме АРВ-терапии качество жизни пациента ухудшилось, то он или она имеет право просить замену или коррекцию терапии. Если проблему не удастся решить на уровне лечащего врача, можно обратиться на сайт Перебои.ру (<http://pereboi.ru/>), и консультанты сайта окажут поддержку в решении вопроса.
-  Некоторые АРВ-препараты взаимодействуют с препаратами для лечения депрессии. Обязательно обратитесь к лечащему врачу за консультацией.
-  В случае несовместимости АРВ-терапии и терапии против депрессии в первую очередь следует рассмотреть возможность смены антидепрессантов.
-  Антидепрессанты не вызывают зависимости, не имеют наркотического эффекта и не приводят к необратимым изменениям личности.
-  Депрессия существует и является полноценным заболеванием со своими симптомами и последствиями.
-  Депрессия – это не слабость характера или недостаток силы воли.
-  Депрессия искажает восприятие окружающего мира и самих себя.



Депрессия излечима и управляема.



Депрессия – это не ваша вина.



Заболеть депрессией – это не стыдно. Каждый может заболеть депрессией.



Необходимо обратиться за профессиональной помощью.



Депрессия в большинстве случаев лечится на дому, вам не придется ложиться в больницу.



Вас не поставят на психиатрический учет. Закон о психиатрическом учете в России отменен с 1993 года.



Есть два способа лечения – в государственной и в частной медицине.



Чем раньше распознать депрессию, тем выше шансы на успешное лечение (как и при ВИЧ-инфекции)

## **ДЕПРЕССИЯ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП\***

(\* – материал подготовлен рабочей группой проекта, в которую вошли: Мария Годлевская, Эва Хатесс, Диана Алиева, Даниил Патрушев, Мария Петрова, Santa Human rights defender)

## **ДЕПРЕССИЯ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ\* (данный материал не является пропагандой к употреблению наркотиков и имеет своей целью просвещение в области ментального здоровья)**

Депрессия неразрывно связана с употреблением наркотиков и может являться как причиной употребления веществ, так и следствием. Люди, испытывающие депрессивную симптоматику, стремятся к облегчению болезненного состояния. Многие предпочитают вместо обращения к психиатру заниматься самолечением и/или употреблять наркотические вещества. Они действительно получают ожидаемый эффект, но лишь на короткое время. Действие большинства психотропных веществ длится не более суток и по его окончании депрессия возвращается с новой силой, неся с собой апатию, ощущение бессмысленности жизни, отчаяние, глобальное чувство вины и никчемности. Также могут возникнуть суицидальные мысли и навязчивое желание перестать существовать. Кроме того, к депрессивной симптоматике добавляются побочные эффекты интоксикации наркотическим веществом, что усугубляет состояние.

«Позитивный опыт» избавления от боли через употребление наркотика твердо закрепляется в памяти и может способствовать желанию повторить. Люди, имеющие определенные факторы риска, могут стать зависимыми. Врачи рассматривают депрессию и другие психические расстройства как одну из распространенных причин формирования зависимости от наркотиков. Отмечается, что среди женщин тревожные и депрессивные расстройства, а также ПТСР являются причиной употребления наркотиков вдвое чаще, чем среди мужчин.

Что касается постнаркотической депрессии, ее острые проявления отмечаются в состоянии абстинентного синдрома и первые месяцы после лечения в наркологическом стационаре. Важно заметить, что данный вид депрессии сохраняется порядка двух лет даже в состоянии стойкой ремиссии от наркотиков и носит периодический характер. Ввиду дефицита дофамина и серотонина, люди с наркотической зависимостью склонны к депрессии, подавленности, отсутствию мотивации. Большое количество рецидивов у людей, употребляющих наркотики, случаются в том числе по причине отсутствия профилактики, лечения и знаний о депрессии.

### **Основные вызовы**

Несмотря на то, что депрессия входит в перечень расстройств, связанных с употреблением наркотиков, во многих случаях она может являться сопутствующим заболеванием и заслуживает отдельного исследования. Важно отметить, что среди людей, употребляющих наркотики, регулярно фиксируется высокий процент смертности, в том числе суицидов. У представителей группы, имеющих в анамнезе сочетанные диагнозы, в том числе расстройство депрессивного спектра, риск суицида возрастает.

С одной стороны, психиатрия и наркология представляют собой единую связку, а с другой — они независимы друг от друга. Это добавляет сложностей. Люди, употребляющие наркотики, обнаруживают препятствия различного характера, соприкасаясь с темой психолого-психиатрической помощи.

В их числе:

- ✓ страх постановки на диспансерное наблюдение (учет) со всеми последующими мероприятиями на долгое время;
- ✓ люди с травматичным опытом унижения и осуждения со стороны врачей боятся и не хотят повторять болезненный опыт;

- ✓ людям, употребляющим наркотики, сложно самостоятельно распознавать симптомы депрессии как отдельного заболевания ввиду их большой схожести с симптомами постнаркотической депрессии;
- ✓ образ карательной психиатрии присутствует довольно ярко и ассоциируется с насилием, наказанием, назначением тяжелых препаратов, разлагающих личность и подавляющих волю, лишением свободы и прав;
- ✓ страх нарушения принципа конфиденциальности;
- ✓ страх дополнительной стигматизации и дискриминации в обществе по признаку психиатрического диагноза;
- ✓ самостигматизация;
- ✓ опасение передачи психиатром информации об употреблении веществ в наркологический диспансер с последующим учетом, а также страх попадания этой информации к правоохранительным органам;
- ✓ отсутствие знаний о ментальном здоровье, важности эмоциональной сферы и отрицание депрессии как медицинского диагноза;
- ✓ отсутствие финансовой возможности посещать частного психиатра и проводить терапевтические сессии с психотерапевтом/психологом;
- ✓ высокий бюрократический порог при получении наркологической помощи, которая подразумевает в том числе и психолого-психиатрическую;
- ✓ минимальное внимание либо его отсутствие у врачей к эмоциональной сфере пациентов;

- ✓ частая дискриминация по признаку употребления наркотиков со стороны врачей, ненадлежащее предоставление медицинских услуг или отказ в них;
- ✓ ориентированность медицинских услуг на первичную наркологическую помощь до 21 стационарного дня, которая не включает в себя работу с психологом;
- ✓ отсутствие информирования пациентов о важности ментального здоровья, если этого не предусматривает протокол приема;
- ✓ в большинстве случаев врачи рассматривают депрессивное расстройство или его симптоматику только в виде последствия употребления наркотиков;
- ✓ врачи зачастую не назначают медикаментозную терапию антидепрессантами и другими препаратами людям, употребляющим наркотики, по причине наличия у тех зависимости и ввиду собственных ложных убеждений;
- ✓ отсутствие процедуры скрининга психоэмоционального состояния пациента у врачей первого звена.

## Что могут сделать НКО?

- ✓ просвещение представителей сообщества и активистов на тему ментального здоровья, информирование, привлечение внимания;
- ✓ продвижение и развитие равногo консультирования в сфере психического здоровья и депрессии;
- ✓ диалоги со своими врачами и другими специалистами о психоэмоциональном состоянии, инициируемые представителями группы;
- ✓ расширение числа групп поддержки для людей, употребляющих наркотики и имеющих ментальные особенности;
- ✓ распространение знаний о депрессии и ее симптомах, а также инструментов для самостоятельного скрининга;
- ✓ мониторинг ситуации с оказанием психолого-психиатрической помощи представителям уязвимых групп, в том числе людям, употребляющим наркотики;
- ✓ формирование базы альтернативной психолого-психиатрической помощи, в виде контактов проверенных дружественных психиатров, психотерапевтов и НКО;
- ✓ продвижение практик заботы о себе, освещение важности психоэмоциональной сферы среди ЛУН.

## **Предложения для системных изменений**

- ✓ внесение темы ментального здоровья и важности развития этой области в государственную повестку;
- ✓ пересмотр протоколов предоставления наркологической и психиатрической помощи с упором на максимальную доступность и длительное психологическое сопровождение по ОМС;
- ✓ контроль реализации права на получение психолого-психиатрической помощи в отношении людей, употребляющих наркотики, находящихся в учреждениях ФСИН;
- ✓ ставка психотерапевта в районных поликлиниках;
- ✓ аутрич мероприятия, направленные на установление доверительной связи с группой людей, употребляющих наркотики, для осуществления разносторонней поддержки, профилактики, в том числе обеспечение связи с медицинскими организациями и врачами;
- ✓ реформы и законы в области врачебной этики;
- ✓ внесение процедуры скрининга психоэмоционального состояния в протокол осмотра пациента для врачей первого звена;
- ✓ социально-правовое сопровождение;
- ✓ поиск дружественных специалистов;
- ✓ обучение равных консультантов;
- ✓ поиск НКО, готовых оказывать помощь в регионах.

## Полезные контакты

- *Фонд содействия защите здоровья и социальной справедливости им. Андрея Рылькова* (Признан Минюстом РФ иностранным агентом)
- *Благотворительный фонд «Гуманитарное действие»*, г. Санкт-Петербург
- *Центр профилактики зависимого поведения*, г. Москва
- *АНО «С.О.В.А.»*, г. Орел  
[ano.coha@gmail.com](mailto:ano.coha@gmail.com)  
<http://vk.com/anocoha>
- *АНО «Надежда»*, г. Барнаул  
[ano-nadezda@mail.ru](mailto:ano-nadezda@mail.ru)  
<https://m.vk.com/domhelp22>
- *«Гуманитарный проект»*, г. Новосибирск  
[humannsk@gmail.com](mailto:humannsk@gmail.com);  
<https://human.org.ru/contact/>  
<http://vk.com/humanitarianproject>
- *АНО «Становление», ИГ «Сопричастность», ИГ «Люди ИКС»*, г. Калининград  
[koenigstan39@gmail.com](mailto:koenigstan39@gmail.com);  
<http://koenigstan.com/>  
<http://vk.com/club147102469>
- *АНО Центр системных решений «Шаг навстречу»*, р. Татарстан, г. Набережные Челны  
[juliaticf@gmail.com](mailto:juliaticf@gmail.com)  
<http://vk.com/navstrechy27>
- *АНО Центр поддержки лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации «Бумеранг»*, р. Татарстан, г. Нижнекамск  
<http://vk.com/public213909082>

- РРОО «Ковчег-АнтиСПИД», г. Ростов-на-Дону  
[kovcheg.antispid@ya.ru](mailto:kovcheg.antispid@ya.ru)
- СРБОО помощи людям в трудной жизненной ситуации «Малахит», г. Екатеринбург  
[malaxit\\_2018@mail.ru](mailto:malaxit_2018@mail.ru)
- АНО «Ступени», НОБФ «Независимость», г. Нижний Тагил  
[fond.nezavisimost@mail.ru](mailto:fond.nezavisimost@mail.ru)
- Фонд «Независимость»  
<http://vk.com/club10048562>  
<https://youtube.com/@fond.nezavisimost>
- АНО РЦ социально-психологической помощи химически зависимым Натальи Устюжаниной «Поколение», г. Тюмень  
[rc-pokolenie@mail.ru](mailto:rc-pokolenie@mail.ru)  
РЦ «Поколение»  
<http://vk.com/rcpokolenie>
- БФ «Источник Надежды», ИГ «Точка Опоры», г. Челябинск  
[ist-na@mail.ru](mailto:ist-na@mail.ru)  
<http://ist-na.ru/>  
[http://vk.com/ist\\_na](http://vk.com/ist_na)  
г. Троицк  
<https://vk.com/fulcrumhiv>
- АНО Социальной поддержки населения «Проект Апрель», г. Тольятти, тел. +7 927 022 47 18; (Признан Минюстом РФ иностранным агентом)
- АНО «Все в твоих руках», г. Омск  
<http://hivtest.ru/>  
[http://vk.com/nko\\_vvtr](http://vk.com/nko_vvtr)
- Фонд «Зеркало», г. Пермь  
<http://zerkalo-perm.ru/>  
<http://vk.com/fondzerkalo>

## **ДЕПРЕССИЯ СРЕДИ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ\* (данный материал не является пропагандой гомосексуальных отношений и имеет своей целью просвещение в области ментального здоровья)**

Депрессивные и тревожные расстройства в группе МСМ распространены очень широко по причине перманентных фоновых переживаний, связанных с высоким уровнем стигмы мужского однополого секса в обществе. Ее влияние выражается в неприятии себя, страхе аутинга, дистрессе ввиду невозможности реализации себя как мужа и отца. Часто при раскрытии однополого влечения обществу мужчины сталкиваются с физическим и эмоциональным насилием, травлей. Стоит отметить, что к депрессии и суицидальному поведению более склонны подростки и молодые люди, чем мужчины более зрелого возраста.

### **Основные вызовы**

- ✓ в среде МСМ имеет популярность сексуализированное употребление психоактивных веществ, называемое химсекс — это может приводить к формированию зависимого поведения и снижению качества жизни;
- ✓ присутствует страх обратиться к психиатру/психологу из-за психофобии в обществе;
- ✓ человек может недооценивать и отрицать необходимость обращения к специалисту;
- ✓ МСМ подвергаются не только стигматизации по причине своего сексуального влечения и поведения, но и сталкиваются с дискриминацией как мужчины;

- ✓ часто МСМ не обращаются к врачам и психологам из-за страха раскрытия своего сексуального влечения к мужчинам. Это особенно актуально в небольших городах и сельской местности, где высок риск нарушения медицинской тайны и раскрытия подробностей личной жизни посторонним, что повлечет дискриминацию и насилие в отношении мужчины;
- ✓ работники медицинских и социальных учреждений могут предвзято относиться к МСМ, это снижает качество оказываемых услуг, поэтому мужчина может испытывать страх первичного или повторного обращения;
- ✓ конфликты с семьей, недостаток социальной поддержки из-за раскрытия однополрого влечения и поведения мужчины;
- ✓ стресс меньшинства, внешняя и внутренняя стигма.

### **Что могут сделать НКО?**

- ✓ скрининг на наличие депрессии в низкопороговых дружественных для МСМ организациях;
- ✓ повышение осведомленности по вопросам психического здоровья внутри сообщества МСМ через информационные ресурсы, ориентированные на МСМ;
- ✓ информирование и распространение контактов о дружественных МСМ специалистах по психическому здоровью внутри сообщества;
- ✓ группы поддержки для МСМ и их близких.

## Предложения для системных изменений

- ✓ нормализация внимательного отношения к своему здоровью;
- ✓ осведомление о проблемах МСМ медицинских и социальных работников, борьба со стигмой в отношении МСМ в профессиональных сообществах;
- ✓ снижение стигматизации МСМ в правовой и социальной сферах общества;
- ✓ повышение квалификации в сфере ментального здоровья поставщиков услуг профилактики и лечения ВИЧ у мужчин, имеющих секс с мужчинами.
- ✓ предоставление интегрированных услуг по всем сопутствующим заболеваниям
- ✓ вовлечение сообщества и лидерство в разработку, реализацию, мониторинг и оценку программ по психическому здоровью.

### ИСТОЧНИКИ

Dean L., Mayer I.H., Robinson K., Sell R.L., Sember R., Silenzio V.M.B., et al. Lesbian, gay, bisexual and transgender health: findings and concerns. J Gay Lesbian Med Assoc, 2000;4:101–51.

Gay and Lesbian Issues and HIV/AIDS (GLMA). A Discussion Paper by Anne Vassal, John Fisher, Ralf Jurgens, Robert Hughes. Canadian HIV/AIDS Legal – Network & Canadian AIDS Society, Montreal, July 1997

Руководство «Реализация комплексных программ по ВИЧ–инфекции и ИППП среди мужчин, имеющих секс с мужчинами» (MSMIT).

## **ДЕПРЕССИЯ СРЕДИ СЕКС-РАБОТНИКОВ**

Различные депрессивные и тревожные расстройства широко распространены среди секс-работников. Это связано с высоким уровнем стигмы и насилия в среде СР, криминализацией секс-работы, закрытым образом жизни и тем, что люди вынуждены скрывать способ заработка от близких.

### **Основные вызовы**

- ✓ неумение распознать депрессию на фоне стресса и других проблем со здоровьем, имеющих схожие симптомы;
- ✓ отсутствие знаний, куда и к кому обратиться за помощью;
- ✓ отсутствие документов, необходимых для получения медицинской помощи: паспорт, медицинский полис, СНИЛС;
- ✓ незаконное пребывание на территории Российской Федерации;
- ✓ страх обращаться к врачу из-за возможной постановки на учет в ПНД или принудительной госпитализации;
- ✓ нехватка свободного времени: жесткий график в салоне, работа ночью, и сон днем, маленькие дети, которых не с кем оставить;
- ✓ сложное материальное положение;
- ✓ алкоголизм и зависимость от наркотиков, в том числе психостимуляторов;

- ✓ сложности в поездке до специалиста у африканских и трансгендерных СР: отсутствие документов, опасение привлечь внимание полиции национальностью или внешним видом;
- ✓ стигма в отношении людей с ментальными расстройствами;
- ✓ отрицание наличия проблемы из-за неприятия близких или партнера;

### **Что могут сделать НКО?**

- ✓ создание информационных материалов о депрессии в контексте секс-работы в простой и доступной форме: короткие видеоролики, информационные карточки;
- ✓ распространение информации на интернет-ресурсах, которыми пользуются СР;
- ✓ проведение очных встреч на тему психического здоровья;
- ✓ группы взаимопомощи;
- ✓ осуществление групповой психотерапии и занятия по проработке травм, встречи должны проходить в безопасных местах и в удобное для СР время
- ✓ обязательное включение психологической помощи во все сервисные проекты по СР;
- ✓ обучение сотрудников НКО скринингу на наличие депрессивных симптомов;
- ✓ работа, направленная на снижение стигмы в отношении СР и людей с ментальными расстройствами;

- ✓ популяризация концепции обращения в медицинские учреждения для лечения депрессии;
- ✓ в работе с депрессивными расстройствами необходимо уделять внимание гендерной, этнической, религиозной и культурной принадлежности СР;
- ✓ развитие самоорганизации СР, направленной на психологическую поддержку членов сообщества;
- ✓ повышение квалификации психиатров в области врачебной этики.

# **ДЕПРЕССИЯ СРЕДИ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ\*** **(данный материал не является пропагандой** **и имеет своей целью просвещение в области** **ментального здоровья)**

*Материал подготовили:*

- Диана Алиева – транс\*активистка, консультантка по здоровью.
- Яна Кирей-Ситникова – транс\* активистка, исследовательница.
- Егор Бурцев – клинический психолог.
- Ян Дворкин – психолог, руководитель «Центра-Т».
- Ирек Тукаев – транс\*активист.
- Михаил Каширин – транс\* и квир-активист, живущий с депрессией.

## **Основные вызовы**

Трансгендерные мужчины, женщины, небинарные персоны — это группы населения, которые имеют ряд существенных различий, но зачастую остаются невидимыми, либо включаются в другие группы риска. Например, как мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ) в исследованиях по ВИЧ.

Согласно рекомендациям ВОЗ и UNAIDS, трансгендерных людей необходимо выделить в отдельную группу риска, создавать транс\*специфичные услуги, привлекать представителей транс\*сообщества к реализации этих услуг, развивая и мобилизуя это сообщество.

- ✓ Трансгендерные персоны обычно определяются как лица, чья гендерная идентичность и / или гендерное выражение отличается от их пола, установленного при рождении.

- ✓ Трансгендерный человек может идентифицировать себя как мужчину или женщину, трансгендерного мужчину или трансгендерную женщину, может вообще не использовать бинарные рамки половой идентификации и обозначать себя как небинарную персону (квир).
- ✓ Трансгендерные люди могут вступать в сексуальные отношения как с трансгендерными людьми, так и с цисгендерными.
- ✓ Трансгендерные практикуют различные формы сексуального взаимодействия, могут иметь гетеро-, гомо-, би – и другие формы сексуальной ориентации.

Выделяется три основные категории трансгендерных людей, каждая из которых имеет особые потребности: транс-мужчины, транс-женщины и транс\*небинарные персоны.

Стигма и дискриминация чрезмерно затрагивает представителей группы и делает их уязвимыми в области ментального и физического здоровья. Немалое количество людей избегают обращения за помощью в случае ухудшения состояния, их страх имеет достаточно оснований.

Существует мнение, что депрессивные и иные личностные расстройства часто наблюдаются у ТГЛ. Это связано с тем, что для смены документов и проведения гендерно-аффирмативных изменений необходимо разрешение комиссии, включающей психиатр\_ку. В то время как среди цисгендерных людей визиты к психиатру – скорее исключение, чем правило.

Психологическое состояние трансгендерных людей во всем мире считается серьезной проблемой из-за перекрестной дискриминации. Депрессивный фон часто сопровождает трансгендерных людей на протяжении жизни. У многих транс\*людей бывают эпизоды рекуррентной депрессии, когда депрессивные эпизоды возвращаются на протяжении года или нескольких лет.

Чаще всего депрессивные эпизоды или состояние депрессии среди транс\*людей связано с разносторонней дискриминацией,

умноженной на переходящую из вне цис нормативность. Иначе ее называют внутренней трансфобией. Человек постоянно сравнивает себя с цисгендерными людьми и отмечает свои отличия от цис нормы как патологические. Общество же невольно усугубляет такое отношение, стигматизирует транс\*людей, приписывает им психиатрические диагнозы, нездоровье, запрещает обозначать себя и самовыражаться, создавать семьи, рожать и усыновлять/удочерять детей. Кроме этого, негативно влияет и общее устройство мира. Начиная от гендерно маркированных туалетов, при выборе которых транс\*человек может испытывать не только внутренний дискомфорт, но и подвергаться насилию, заканчивая магазинами одежды и обуви, где бывает непросто подобрать одежду.

По данным исследования, проведенного специалистами Больницы им. П. П. Кащенко при содействии группы «Т-Действие», у 24.0% опрошенных была выявлена депрессия по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (Chumakov et al., 2021). Депрессивные эпизоды отмечались у 83.1% обратившихся в «Научный центр персонализированной медицины» для получения диагноза «транссексуализм» (Соловьева и др., 2022). Такие различия обусловлены нерепрезентативными выборками и использованием разных инструментов диагностики.

Тем не менее российские и зарубежные авторы сходятся во мнении, что распространённость депрессии среди ТГЛ значительно выше, чем среди цис гендерных людей.

Основными факторами, связанными с высокой распространённостью депрессии среди ТГЛ, являются:

- ✓ стигма, дискриминация и насилие;
- ✓ необходимость скрывать свою трансгендерность и страх аутинга;
- ✓ отсутствие социальной поддержки и принятия гендерной идентичности окружающими;

- ✓ влияние заместительной гормональной терапии (может быть как положительным — снижение гендерной дисфории, так и отрицательным — перепады настроения, подавленность, особенно при неправильно подобранной схеме гормональных препаратов);
- ✓ социально-экономические проблемы: отсутствие работы, низкий доход;
- ✓ ментальные коморбидности: тревожность, ПТСР;
- ✓ повышенное употребление алкоголя и психоактивных веществ;
- ✓ барьеры в доступе к медицинским услугам, в связи с трансфобией в системе здравоохранения (Rotondi, 2012)
- ✓ факторами риска развития депрессии являются деднейминг — использование имени, не соответствующего гендерной идентичности (Russell et al., 2018) и наличие документов с указанием пола, не соответствующего гендерной идентичности (Restar et al., 2020)
- ✓ принятие и/или обсуждение законодательства, направленного против ТГЛ, также ухудшает показатели ментального здоровья, включая депрессию (Horne et al., 2022).

Высокая стигма и гендерная дисфория приводят к высокому стрессу меньшинств, поэтому в среднем по КГ депрессия крайне распространена.



<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/lgbt.2020.0464?journalCode=lgbt>

*Т-Действие проводило исследование вместе с Больницей им. П.П. Кащенко.*

**Краткая выжимка:** если вы трансгендерный человек, то шанс на клинически значимый уровень тревожности у вас 45%, а на проявления депрессивных состояний — 24%. Этот факт хорошо объясняется теорией стресса меньшинств. Уровень тревожности и депрессии не зависит от региона проживания, разделение выборки на Москву, Санкт-Петербург и остальные регионы не показало каких-либо отличий. Психиатрическая помощь трансгендерным людям необходима в любом регионе России, теперь это доказано научными данными.

Депрессия у транс\*людей часто развивается на фоне дисфории, в отсутствие принимающего окружения и возможности совершить трансгендерный переход в желаемой мере.

Дисфория не бывает следствием депрессии. Если присутствуют оба фактора, то депрессия является причиной постоянной дисфории.

Важно говорить о ментальном здоровье в КГ, потому как многие транс\*люди лишены поддержки семьи или другого окружения. Часто, вместо обращения за помощью из-за депрессии, они обвиняют себя в лени, недостаточной собранности, считают, что не имеют права просить помощи или уже нет сил на обращение к врачу.

В связи с внутренней трансфобией и постоянной внешней трансфобией, среди ТГЛ распространены аутоагрессия и отсутствие навыка заботы о себе. Транс\*людям бывает сложно осознать, что они достойны комфортной и счастливой жизни, как и любой другой.

Во многих случаях депрессия у транс\*людей требует комплексного подхода. Частично проблема решается фармакотерапией и психотерапией, а частично переходом. Все случаи индивидуальны, но нужно учитывать, что переход зачастую более важен, чем иные вмешательства.

Важно отметить серьезное упущение в процедуре скрининга, которую проводят медицинские психологи\_ни среди транс\*людей. Опрос на выявление депрессивной симптоматики не учитывает вероятного наличия гендерной дисфории. Часто тестирование представляет собой вопросы из разряда «Приносят ли Вам любимые занятия то же удовлетворение, что и раньше?», вариации которых легко найти в интернете. Уже на первом этапе могут выявить депрессию, предпосылки к ней или иное расстройство. Вероятность, что ответы на вопросы будут схожими при депрессивной составляющей и гендерной дисфории, довольно высока. Поэтому в такого рода тестировании нельзя игнорировать возможное наличие гендерной дисфории. Сам факт работы с группой ТГЛ, где она сто процентов есть в разной степени выраженности, доказывает некорректность интерпретации результатов.

Пример:

Я трансгендерный мужчина. Обожаю плавать и продолжаю ходить в бассейн, но чувствую себя плохо из-за своей телесности. Буду ли я получать то же самое удовольствие от плавания, которое было до того, как у меня начала расти грудь? Очевидно, что нет. Говорит ли это о том, что я обязательно в депрессии? Тоже нет.

Одно может вытекать из другого. Гендерная дисфория и депрессия могут быть взаимосвязаны друг с другом: «Не могу выйти из дома, учиться, устроиться на работу, завести знакомства и установить близкие отношения, не реализуюсь в жизни. Мне теперь всегда плохо».

Но они могут существовать и отдельно. Предположим, у кого-то из транс\*людей погибли близкие в автокатастрофе, а горечь утраты повлекла за собой депрессию. Здесь нет никакой связи со своим гендерным самоощущением и восприятием окружающими. Следовательно, не у всех людей, живущих с депрессией, есть гендерная дисфория, и наоборот.

На этапе диагностики состояния необходимо детально разобраться, в чём причина ухудшения самочувствия: отвращение от вида в зеркале, неприятие в социуме, сложности с трудоустройством или же речь идёт об ухудшении в работе нейромедиаторов. Вероятно, с этим может возникнуть сложность. Ведь в состоянии депрессии всё становится тусклым и «люди сами себя видят хуже». Поэтому необходимо искать первопричину.

Без полной картины состояния человека и его источника можно начать лечить совершенно не то. Или еще хуже, пытаться лечить антидепрессантами и нейролептиками отсутствующее психическое заболевание. В таких ситуациях транс\*люди вынуждены страдать от длительного подбора препаратов и побочных эффектов. Многим из них достаточно было начать гендерно-аффирмативные изменения и/или получить новые документы, чтобы чувствовать себя гармонично. Конечно, не у всех таблетки вызывают побочные эффекты, но для людей без психиатрического диагноза в них нет никакого смысла. Препараты нужны для нормализации состояния, а не для поднятия настроения. Соответственно, у здоровых людей в этом плане нормализовать нечего.

Есть еще одна значимая сложность, которая касается вопроса депрессии в КГ. Дело в том, что не все ТГЛ способны распознать свою дисфорию. Как показывает практика, термин «неявная гендерная дисфория» не пользуется большой популярностью, а многие симптомы явной дисфории переключаются с симптомами расстройств личности. Это не значит, что при обращении за медицинским или психологическим вмешательством людям, которые постоянно в грусти, хандрят, чувствуют себя безрадостно, нужно рекомендовать разобраться со своим гендером.

К этому ТГЛ могут прийти только сами, без каких-либо наставлений, в том числе от тех, кто специализируется на гендерных вопросах.

## Основные вызовы

Депрессию среди транс\*людей усугубляют социально-экономические проблемы, которые ее же и вызвали, формируя порочный круг. Например, у человека в состоянии депрессии способность находить и выполнять работу снижена, нет средств на прохождение медицинской комиссии для смены документов и медицинских вмешательств, покупку гормональных препаратов и хирургические операции. Отсутствие возможности гендерного перехода, в свою очередь, снижает качество жизни по части здоровья, в том числе ментального, и может спровоцировать депрессию.

Трансфобная среда и страх стигматизации создают для трансгендерных людей серьезный барьер для получения соответствующих медицинских услуг.

Подтверждение трансгендерного статуса человека плотно завязано на взаимодействии с органами здравоохранения. Этот контакт может усиливать, а иногда и провоцировать общее депрессивное состояние. Поэтому довольно сложно опираться на данные комиссий относительно депрессивных эпизодов в жизни трансгендерных людей. Одни хотят их скрыть, чтобы получить разрешение на хирургические аффирмативные процедуры и смену гендерного маркера. Другие же могут утрировать, говоря о депрессивных эпизодах до выдачи такого разрешения.

Серьезным вызовом является то, что трансгендерные люди во избежание травматичного опыта отказываются посещать врачей общетерапевтического и ментального профилей, избегают обращения к психологам, психиатрам, сексологам. Их опасения имеют веские основания. Сейчас в России отсутствует обучение этих специалистов работе с транс-спецификой и нет просвещения в области гендерно-аффирмативных подходов. При обращении к ним транс\*люди не только остаются без необходимой помощи, но рискуют получить травматичный опыт и стигматизирующее обращение, которые ухудшат их состояние.

Отказ от посещения врачей других профилей также негативно влияет на здоровье. Трансгендерные люди вынуждены игнорировать ухудшения, не обращаются к тестированию на ВИЧ и ИППП, запускают проблему или занимаются самолечением.

Это касается и следующих институтов: юридических, государственных, банковских структур, трудоустройства, проезда, особенно на дальние расстояния. Иногда трансгендерные люди настолько сильно закрываются от коммуникаций, что избегают любых выходов из дома, ограничивают себя онлайн контактами, покидают учебные заведения и не ищут работу. Многие говорят об одиночестве и сложности найти друзей, ведь их контакты резко ограничены, а область поиска сужена социальными сетями и приложениями. Но в интернете тоже непросто представиться в своем трансгендерном статусе или избегать его заявления.

Есть и другие причины, образующие серьезные проблемы социально-экономического плана: бедность, отсутствие жилья и поддержки. Все это негативно сказывается на формировании картины будущего и уверенности в себе. Не находится опоры для продуктивного выхода из депрессии. Люди ощущают впереди только пустоту и безнадежность. Им кажется, что выхода и надежды нет.

В Российской системе здравоохранения отсутствуют методики взаимодействия с трансгендерными пациентами.

Придя на прием, человек может встретить непонимание, страх или даже агрессию. Это в разы увеличит его боязнь врачей. Таким образом, круг замыкается: транс\*люди боятся врачей, а врачи боятся транс\*людей.

В государственных учреждениях транс\*люди часто сталкиваются с насилием, трансфобией и некачественным лечением. О принудительной госпитализации многим известно из информационного пространства. Поэтому доверия государственным учреждениям нет. Большинство людей боятся и не хотят даже пробовать. В Санкт – Петербурге есть «Больница им. П.П. Кашенко», специалисты которой были обучены в рамках сотрудничества с Т-Действием и поэтому люди туда ходят. В других регионах иная ситуация. Че-

лябинский ПНД, например, упоминается лишь в контексте: «Как вытащить человека после принудительной госпитализации?».

Транс-френдли частных врачей достаточно много. Их контакты передаются из рук в руки годами. К сожалению, очень у многих транс\*людей сложности с устройством на работу, поэтому на частных врачей нет средств. В итоге они остаются без какого-либо лечения совсем.

Депрессия и тревожность очень сложно переплетаются с переходом и дисфорией. С одной стороны, дисфория не дает жить и усиливает депрессию. С другой, из-за депрессии нет сил и слишком страшно делать переход. Многие люди остаются заложниками такой ситуации на годы.

Часто транс\*люди находятся в кризисном положении, из которого сложно выйти своими силами без сторонней поддержки. Эти ситуации возникают по причине того, что медицинский переход и комиссия для юридического перехода в России платные, их не покрывает полис ОМС. Столкнувшись с дисфорией транс\*людям сложно устроиться на работу. Им приходится выдерживать обращение к себе в не предпочитаемых местоимениях и по паспортному имени, чтобы заработать средства на комиссию и медицинский переход. У людей, находящихся в такой ситуации долгое время, многократно усиливается дисфория, появляются аутоагрессивные тенденции и суицидальные мысли, им зачастую сложно продолжать обучение в институте и получать профессию.

Ввиду этого транс\*люди стараются устроиться на работу, где не требуется предъявлять документы. В большинстве случаев это низкооплачиваемые разовые подработки, которые не дают возможности накопить деньги на переход.

По большей части, семьи не поддерживают трансгендерных персон и не помогают молодым людям деньгами на комиссию. Очень часто транс\*люди теряют и близких друзей, после того, как совершают каминг аут. Людям приходится терпеть насилие от родных, которые их не принимают и хотят, чтобы те отказались от идеи трансгендерного перехода.

В такой обстановке сложно видеть позитивную картину будущего, сложно найти выходы из ситуации, не хватает уверенности в том, что со мной все хорошо, и я могу быть счастливым в своей жизни. Все эти факторы способствуют развитию депрессии. Становится еще сложнее выйти на работу и двигаться в сторону трансгендерного перехода. В этой ситуации необходимо обращаться к психиатру, чтобы получить медикаментозную поддержку, и к психологу для терапевтической работы по выходу из кризиса. Но, это требует финансов, которых у транс\*людей в депрессии нет.

Обращение же к государственному врачу достаточно рискованно. Не известно, как он отнесется к трансгендерности. Людям страшно, что на ее основании врач поставит другой диагноз или будет настаивать на госпитализации, для которой не было оснований. Кроме того, психиатр может занести информацию о трансгендерности в карту пациента, и она будет доступна для государства.

Также транс\*люди часто вынуждены уезжать из своей страны, города или села, так как уровень трансфобии там выше, чем, например, в Москве или Санкт-Петербурге. Они ищут возможность оказаться среди принимающих людей без насилия и нападок. Не имея поддержки, начинать жизнь в незнакомом городе сложно. Люди часто остаются без жилья, денег на базовые нужды, начинают заниматься секс работой.

## Что могут сделать НКО?

Основным способом помощи является организация бесплатной квалифицированной психолого-психиатрической помощи трансгендерным людям, в компетенции которой входит назначение фармакотерапии и выдача медицинских рецептов. Важным условием предоставления этой помощи должно быть основательное обучение психологов и врачей работе с трансгендерными людьми, предполагающее теоретические знания и практикум. В проекты обучения необходимо включать представителей транс\*-сообщества, которые смогут выступать экспертами по обучению, заполнять пробелы в знаниях специалистов и формировать основные запросы на врачебную помощь от лица сообщества.

Необходимо понимать, что условием выхода из депрессии для трансгендерного человека является назначение гормональной аффирмативной терапии, а также проведение медицинских и юридических процедур, благодаря которым будет ощущаться гармония в своем гендере.

Также важным будет регулярное проведение исследований, создание публикаций на тему психологического состояния трансгендерных людей. Кроме того, необходимы книги и брошюры, издания, обучающие психологов и психотерапевтов работе с трансгендерными людьми.

Есть необходимость в бесплатной психологической поддержке, бесплатной выдаче гормональных препаратов, бесплатных консультациях эндокринолога, финансовой помощи для прохождения медицинской комиссии, бесплатных курсах повышения квалификации и изучения иностранных языков, создании списков дружественных работодателей, создании списков дружественных врачей и психологов.

Можно выделить следующие меры:

- ✓ продолжить и усилить обучение медперсонала психиатрических клиник;

- ✓ предложить совместный пересмотр диагностики в ходе комиссии с учетом такого явления как гендерная дисфория;
- ✓ наличие доступных психотерапии и психологического консультирования;
- ✓ требуется снижение как стигматизации, так и романтизации психологии, психотерапии, психиатрии. Ведь условно здоровым людям не будет лишним побеседовать со специалист\_кой о наболевшем.
- ✓ улучшить доступ к комплексным, взаимодополняющим, качественным медицинским услугам, в том числе связанным с ВИЧ-инфекцией, которые отвечают потребностям транс\*людей;
- ✓ услуги должны отвечать конкретным медицинским потребностям трансгендеров Они должны включать комплексное консультирование по более безопасным методам подтверждения гендерной идентичности, по вопросам психического здоровья и употреблению психоактивных веществ.
- ✓ оплата фондами приемов психиатров и фармакотерапии на первый год;
- ✓ обучение будущих психологов в институтах работе с трансгендерными людьми;
- ✓ оплата терапии с психологами, желательно от 6 месяцев;
- ✓ оплата социального работника: сопровождение и совместное построение плана по выходу из кризиса;
- ✓ принимающее сообщество, где человек не будет чувствовать себя одиноким и найдет поддержку;

- ✓ шелтеры, помогающие человеку, если по причине депрессии не получается устроиться на работу и потеряно жилье.

### **Предложения для системных изменений**

- ✓ создание благоприятной правовой среды;
- ✓ партнерство с государственными учреждениями;
- ✓ обучение специалистов работе с трансгендерными людьми;
- ✓ снижение уровня стигматизации в обществе;
- ✓ важно трансформировать стигматизирующее отношение и снижать уровень стигмы среди медицинских работников и психологов уже сейчас;
- ✓ мониторинг стигмы, дискриминации и насилия в отношении трансгендерных людей:
- ✓ трансгендерные люди являются экспертами в своей собственной жизни и своих потребностях;
- ✓ вовлечение трансгендерных людей в процессы планирования и формирования политики в контексте здоровья на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях;
- ✓ трансгендерные люди должны обладать возможностями и полномочиями для привлечения ресурсов, которые могут быть направлены на повышение осведомленности и формирование спроса на услуги по здоровью в транс\*-сообществе.

# **ПРИЛОЖЕНИЯ И ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ**

## ШКАЛА (ТЕСТ-ОПРОСНИК) ДЕПРЕССИИ БЕКА

Методика «Шкала депрессии Бека» используется для диагностики уровня депрессии.

Тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory) был предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, которые позволили выявить перечень симптомов депрессии.

После сравнения этого списка с клиническими описаниями депрессии был создан тест-опросник депрессии, включающий в себя 21 вопрос-утверждение. Они относятся к наиболее часто встречаемым симптомам и жалобам.

Каждый пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии.

**Инструкция.** Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер утверждения, которое вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают ваше состояние, обведите каждое из них. Прежде чем сделать выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

- 1**
- 0 – Я не чувствую себя несчастным.
  - 1 – Я чувствую себя несчастным.
  - 2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.
  - 3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.
- 2**
- 0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.
  - 1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.
  - 2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.
  - 3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.
- 3**
- 0 – Я не чувствую себя неудачником.
  - 1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.
  - 2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач.
  - 3 – Я чувствую себя полным неудачником.
- 4**
- 0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
  - 1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
  - 2 – Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.
  - 3 – Я всем неудовлетворен, и мне все надоело.
- 5**
- 0 – Я не чувствую себя особенно виноватым.
  - 1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым.
  - 2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым.
  - 3 – Я чувствую себя виноватым все время.
- 6**
- 0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.
  - 1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.
  - 2 – Я ожидаю, что меня накажут.
  - 3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.

- 7
- 0 – Я не испытываю разочарование в себе.  
1 – Я разочарован в себе.  
2 – Я внушаю себе отвращение.  
3 – Я ненавижу себя.
- 8
- 0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.  
1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.  
2 – Я все время виню себя за свои ошибки.  
3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.
- 9
- 0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.  
1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю.  
2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.  
3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
- 10
- 0 – Я плачу не больше, чем обычно.  
1 – Сейчас я плачу больше обычного.  
2 – Я теперь все время плачу.  
3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
- 11
- 0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно.  
1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.  
2 – Сейчас я все время раздражен.  
3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.
- 12
- 0 – Я не потерял интереса к другим людям.  
1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.  
2 – Я почти утратил интерес к другим людям.  
3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.

- 0 – Я способен принимать решения так же, как всегда.  
1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.
- 13** 2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.  
3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.
- 0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.  
1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.
- 14** 2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.  
3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.
- 0 – Я могу работать так же, как раньше.  
1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать. 2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать.
- 15** 3 – Я вообще не могу работать.
- 0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно.  
1 – Я сплю не так хорошо, как всегда.
- 16** 2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова. 3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.
- 0 – Я устаю не больше обычного.  
1 – Я устаю легче обычного.
- 17** 2 – Я устаю почти от всего того, что делаю.  
3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.
- 0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно.  
1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.
- 18** 2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже.  
3 – Я вообще потерял аппетит.

0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.

**19**

1 – Я потерял в весе более 2 кг.

2 – Я потерял в весе более 4 кг.

3 – Я потерял в весе более 6 кг.

0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.

**20**

2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.

3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать.

0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.

**21**

1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.

2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.

3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.

## Обработка теста депрессивности Бека

Опросник включает в себя 21 утверждение, структурированные по типам психопатологической симптоматики.

Пункты опросника:

- 1) Печаль
- 2) Пессимизм
- 3) Ощущение невезучести
- 4) Неудовлетворенность собой
- 5) Чувство вины
- 6) Ощущение наказания
- 7) Самоотрицание
- 8) Самообвинение
- 9) Наличие суицидальных мыслей
- 10) Плаксивость
- 11) Раздражительность
- 12) Чувство социальной отчужденности
- 13) Нерешительность
- 14) Дистиморфобия (психическое расстройство, при котором человек чрезмерно обеспокоен и занят незначительным дефектом или особенностью своего тела)
- 15) Трудности в работе
- 16) Бессонница
- 17) Утомляемость
- 18) Потеря аппетита
- 19) Потеря в весе
- 20) Озабоченность состоянием здоровья
- 21) Потеря сексуального влечения

*1-13 пункты – когнитивно-аффективная субшкала*

*14-21 пункты – субшкала соматизации.*



## Оценка результата

### **Суммарный балл:**

**Менее 9** – отсутствие депрессивных симптомов.

**10-18** – легкая депрессия

**19-29** – умеренная депрессия, критический уровень.

**30-63** – явно выраженная депрессивная симптоматика

## ГИГИЕНА СНА

Рекомендации по гигиене сна мы взяли из второго издания книги **«Диалектическая поведенческая терапия: тренинг навыков. Раздаточные материалы и рабочие листы» Марши М. Линехан.**

### КАК УЛУЧШИТЬ СОН:

- ✓ Составьте и соблюдайте график сна даже в выходные дни. Ложитесь спать и вставайте в одно и то же время каждый день; днем можете вздремнуть не более 10 минут.
- ✓ Не пользуйтесь кроватью в дневное время, чтобы смотреть телевизор, разговаривать по телефону или читать.
- ✓ Не употребляйте кофе, никотин, алкоголь, тяжелую пищу и не занимайтесь физической нагрузкой в конце дня перед сном.
- ✓ Готовясь ко сну, выключите свет. В комнате должно быть тихо, температура в комнате должна быть комфортной, должно быть относительно прохладно. Если вы замерзаете, воспользуйтесь электрическим одеялом (при его наличии). Если вам жарко, вытяните ноги из-под одеяла или направьте вентилятор прямо на кровать; надевайте маску для сна, используйте беруши или прибор для засыпания при необходимости.
- ✓ Дайте себе полчаса, максимум час, чтобы заснуть. Если это не помогает, выясните – спокойны ли вы, или же вас что-то тревожит (даже если это легкая «фоновая» тревога), а, может быть, вы снова и снова что-то обдумываете.

- ✓ НЕ ДРАМАТИЗИРУЙТЕ. Напомните себе, что вам нужно отдохнуть, пофантазируйте (помечтайте) и дайте мозгу покой. Убедите себя в том, что не спать – это еще не катастрофа. Не оставляйте попытки заснуть и не вставайте.

#### ЕСЛИ ВЫ СПОКОЙНЫ, НО ВАМ НЕ СПИТСЯ:

- ✓ Встаньте с постели; пойдите в другую комнату и почитайте книгу или сделайте что-нибудь другое, но такое, чтобы вам не перехотелось спать окончательно. Как только вы начнете уставать и/или чувствовать сонливость, вернитесь в постель.
- ✓ Попробуйте перекусить (например, съешьте яблоко).

#### ЕСЛИ ВЫ О ЧЕМ-ТО ТРЕВОЖИТЕСЬ ИЛИ СНОВА И СНОВА ЧТО-ТО ОБДУМЫВАЕТЕ

- ✓ Умойтесь холодной водой. Вернитесь в постель и примените навык равномерного дыхания – делайте вдох на 4 счета, а выход на 8 счетов.
- ✓ Попробуйте медитировать, считая от 9 до 0. Глубоко вдохните и медленно выдохните, произнося про себя цифру 9. На следующем выдохе произносите цифру 8, потом цифру 7 и так далее до тех пор, пока не дойдете до 0. Затем начните сначала, но на этот раз с цифры 8 (вместо 9), потом 7 и так далее до тех пор, пока не дойдете до 0. После этого начните с цифры 6 и так далее, пока не дойдете до 0. Потом с 5, потом с 4 и до тех пор, пока не дойдете до 1. (Если вы запутались, начинайте с последней цифры, которую помните.) Продолжайте до тех пор, пока не уснете.

- ✓ Сосредоточьтесь на телесных ощущениях в момент, когда снова и снова что-то обдумываете (очень часто это является способом избежать сложных эмоциональных ощущений).
- ✓ Убедите себя, что «ночная тревога» – это всего лишь «ночные мысли», и что утром вы будете думать и чувствовать себя по-другому.
- ✓ Почитайте захватывающий роман на ночь в течение нескольких минут, пока не почувствуете легкую усталость. Прекратите чтение, закройте глаза и попробуйте самостоятельно придумать продолжение романа.
- ✓ Если не можете перестать снова и снова что-то обдумывать, выполните следующие рекомендации: если проблема разрешима, решите ее. Если проблема неразрешима, придумайте наилучший исход ситуации, какой только можете, после чего представьте, как вы справитесь с этой катастрофой.
- ✓ Если ничего не помогает, послушайте радио с закрытыми глазами на малой громкости (при необходимости воспользуйтесь наушниками). Радио – отличное решение в данном случае благодаря минимальным колебаниям тона голоса или громкости.

# ТАБЛИЦА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ

## Взаимодействие APB-препаратов с антидепрессантами

Антидепрессанты	ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	BIC	CAB nlo	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
<b>Нисса</b>	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
<b>СИОЗС</b>	циталолам	↑a,b	↑a,b	↑	↑	↑a,b	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	эсциталолам	↑a,b	↑a,b	↑	↑	↑a,b	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	флуоксетин	↑	↑	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	флувоксамин	↑	↑	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	пароксетин	↑?	↑?	↑?	↓39%	↑?	↔	↔	↑3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑?	↔	↔	↔
	сертралин	↑	↓	↑	↓49%	↓a	↔	↔	↓39%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓7%	↔	↓9%
	вортиоксетин	↑c	↑c	↑c	↑c	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑c	↔	↔	↔
<b>СИОЗСН</b>	десвенлафаксин	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	дулоксетин	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔
	минаципран	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	венлафаксин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	D	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
<b>ТЦА</b>	амитриптилин	↑	↑	↑	↑	↑a,b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	имипрамин	↑a,b	↑a,b	↑b	↑b	↑a,b	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑b	↔	↔	↔
	дезипрамин	↑a	↑a	↑	↑	↑5%a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	доксепин	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	имипрамин	↑a,b	↑a,b	↑b	↑b	↑a,b	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔a	↔	↑b	↔	↔	↔
	нортриптилин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	триптирамин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
<b>ТеЦА</b>	мапротилин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	миансерин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
<b>Другие</b>	агомелатин	↔	↓	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	бупропион	↔	↓	↔	↓	↓57%	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑?	↔	↔	↔
	нефазодон	↑	↑	↑	↑	E	↓E	↓E	↓E	E	E	E	E	↔	E	↔	↑	↔	↔	↔
	фенелзин	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	ребоксетин	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	звербой	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	↔	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓	D↓
	транцилпромин	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	тразодон	↑a,b	↑a,b	↑	↑	↑a,b	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔

### Цветовые обозначения

- Клинически значимых взаимодействий не ожидается
- Эти препараты не должны применяться одновременно
- Возможно клинически значимое взаимодействие, при котором может потребоваться дополнительное наблюдение, изменение дозировки препарата или времени приема
- Вероятно взаимодействие небольшой интенсивности. Дополнительные действия, наблюдения или изменения дозировки не требуются

### Условные обозначения

- ↑ Возможно увеличение воздействия антидепрессанта
  - ↓ Возможно снижение воздействия антидепрессанта
  - ↔ Без значимых взаимодействий
  - D Возможно снижение воздействия APB-препарата
  - E Возможно увеличение воздействия APB-препарата
- ATV/c ATV, бустированный COBI (300/150 мг 1 р/сут)  
 DRV/c DRV, бустированный COBI (800/150 мг 1 р/сут)  
 CAB/RPV в/м инъекции длительного действия CAB и RPV (показаны ФК взаимодействия и/или взаимодействия с интервалом QT с RPV)

Числами обозначено снижение/увеличение AUC, полученное в исследованиях лекарственных взаимодействий.

- Нисса** норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты
- СИОЗС** селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- СИОЗСН** селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина
- ТЦА** трициклические антидепрессанты
- ТеЦА** тетрациклические антидепрессанты

### Взаимодействие с ABC, FTC, 3TC, ZDV

ABC, FTC, 3TC, ZDV: клинически значимого воздействия не ожидается.

### Взаимодействие с ибализумабом

Отсутствует

### Комментарии

- Применять с осторожностью, так как оба препарата могут вызывать удлинение интервала QT.
- Рекомендуется регулярно отслеживать показатели ЭКГ.
- Исходя из клинического ответа пациента, может потребоваться более низкая доза вортиоксетина у слабых метаболизаторов CYP2D6 в присутствии мощного ингибитора CYP3A4.
- Исследование свидетельствует о низком риске клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с препаратами звербой с низким содержанием гиперфорина (< 1 мг/сутки) (гиперфорин – компонент, ответственный за индукцию CYP и P-гликопротеина). Можно рассмотреть возможность совместного применения с препаратами звербой, в которых четко указано содержание гиперфорина и общая суточная доза гиперфорина составляет 1 мг или менее.
- В инструкции по применению препарата для ЕС рекомендовано применять DTG в дозе 50 мг 2 р/сут у пациентов с отсутствием резистентности к ИИ. В инструкции по применению препарата для США рекомендовано избегать совместного применения, поскольку имеется недостаточно данных для предоставления рекомендаций по дозировке.

### Дополнительная информация

Более подробные данные о лекарственных и фармакокинетических взаимодействиях и изменениях дозировки можно найти на <http://www.hiv-druginteractions.org> (Университет Ливерпуля)



*Данная таблица носит исключительно справочный характер. Она взята из рекомендаций Европейского клинического общества по СПИДу 2021 года. Сверяйтесь с текущей версией рекомендаций для актуальной информации!*

*Помните о том, что упоминание названий лекарственных препаратов ни при каких обстоятельствах не является рекламой или свидетельством того, что авторы брошюры либо Европейская группа по лечению СПИДа рекомендуют или не рекомендуют данные лекарственные препараты. Назначать лечение и принимать решение о смене препаратов может только квалифицированный медицинский специалист.*

# Депрессия среди людей, живущих с ВИЧ

## Руководство для равных консультантов

Издание второе, дополненное

Авторы-составители:

А. Петрова

М. Ветрова

С. Головин

Ю. Верещагина

О. Ванюхина

Иллюстрации: А. Сколиченко

Корректурa: Н. Лебединская

Оригинал-макет: П. Домбровский

Выпускающий редактор: О. Гражданкина

Книги: от рукописи до тиража  
ИЗГОТОВЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Издательско-Торговый Дом «Скифия»  
190103, Санкт-Петербург, 9-я Красноармейская ул., 3/7  
(812) 575-25-66  
e-mail: skifi abook@mail.ru  
www.skifi abook.ru

**Возрастная категория 12+**

Подписано в печать 08.09.2022

Формат 60×90 1/16. Объем 3,5 усл.-печ. л.

Печать офсетная. Тираж 150 экз. Заказ № 3171-22.

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами  
в ООО «Амирит», 410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 88.

АНО «Партнерство равных» – первая автономная некоммерческая организация, занимающаяся поддержкой пациентских сообществ в сфере психического здоровья и других социально-значимых заболеваний. Наша цель – повышение качества жизни людей через развитие самопомощи и сервисов, ориентированных на клиента.

АНО «Партнерство равных» зарегистрирована в Санкт-Петербурге в 2018 году, объединив активистов в области психического здоровья, ВИЧ-инфекции и гепатита С.

Главное направление работы на данный момент – помощь людям, затронутым психическими заболеваниями и просвещение в области психического здоровья, а также распространение лучших практик по поддержке пациентов в других сферах.

Подробнее об организации можно узнать на сайте [reepartners.ru](http://reepartners.ru)

Чтобы поддержать организацию, перейдите в раздел «Помочь нам» по QR коду:

