

ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы исследований и превенции. Учебное пособие. СПбГУ

Авторы: Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочиллов Р.В., Батлук Ю.В.

Под общей редакцией Шаболтас А.В.

Содержание:

Введение. Эпидемия ВИЧ/СПИД в России и проблемы превенции

Тема 1. Биологические и клинические основы превенции ВИЧ/СПИД

Тема 2. Пути распространения ВИЧ-инфекции и понятие рискованного поведения

Тема 3. Психологические и социальные детерминанты риска заражения ВИЧ

Тема 4. Теоретические подходы и модели превенции ВИЧ/СПИД

Тема 5. Подходы, виды и уровни превенции ВИЧ/СПИД

Тема 6. Методы превенции ВИЧ на индивидуальном и групповом уровне

Рекомендуемая литература

Введение. Эпидемия ВИЧ/СПИД в России и проблемы превенции.

Эпидемия заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), начавшаяся в начале 80-х годов прошлого столетия, как болезнь определенных социальных групп общества, так называемых «групп риска», мало затрагивающая общую популяцию, за 30 лет превратилась в глобальный кризис, и представляет собой одну из наиболее серьезных угроз для общественного здоровья и социального развития человечества. По экспертным оценкам ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире в настоящее время насчитывается более 33 млн. человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, в том числе 2 млн. детей до 15 лет. Ежедневно в мире инфицируются ВИЧ 7400 человек, а 5500 человек умирают от заболеваний, вызванных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Более 17,5 миллионов детей в мире потеряли впоследствии СПИД одного либо обоих родителей. Самым неблагополучным в этом отношении регионом остаются государства Африки, в которых проживают около 22

млн. ВИЧ-положительных человек. На данный регион приходится до 70% всех случаев ВИЧ/СПИД в мире. В ЮАР инфицирован каждый 5-й житель. В Ботсване и Свазиленде инфицировано около 40% населения в возрасте от 15 до 45 лет. В США инфицировано 0,8% населения, во Франции-0,5%. В Голландии 7% мужского населения инфицировано ВИЧ. При этом, наиболее быстрыми темпами эпидемия развивается в регионе Восточной Европы, Центральной Азии и России, что обусловлено как широким распространением инъекционных наркотиков, так и отсутствием масштабного внедрения государственных превентивных программ в отношении ВИЧ/СПИД. Несмотря на грандиозные успехи в развитии антиретровирусной терапии (АРВТ) как комплексного лечения ВИЧ и длительного сохранения жизни ВИЧ-инфицированных, это заболевание по-прежнему остается пожизненно неизлечимым.

Проблема ВИЧ-инфекции для России является такой же острой, как и для других стран мирового сообщества. Случаи ВИЧ-инфекции выявлены во всех регионах России. По данным Всероссийского Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД на конец декабря 2011 года в стране зарегистрировано 650100 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе 5882 среди детей. С начала эпидемии ВИЧ в РФ умерли почти 100 тысяч ВИЧ-инфицированных человек. Показатель числа инфицированных ВИЧ на 100 тыс. населения неуклонно растет с 121 в 2001г. до 248 в 2006 г. и 378 в 2011. Среди зарегистрированных в России ВИЧ-инфицированных 79% составляет молодежь в возрасте от 15 до 30 лет, 64,7 % мужчины, 70% инфицированных по-прежнему составляют потребители наркотических средств, на долю полового пути приходится 20,1%. Среди детей до 15 лет основным путем инфицирования является вертикальный путь - 52,6%, 38% приходится на парентеральный путь инфицирования при употреблении наркотических веществ, 20% на гетеро- и гомосексуальные пути инфицирования. Практически вся эпидемия сосредоточена в максимально активной части населения.

Проблема превенции ВИЧ/СПИД в России давно вышла за рамки медицинского подхода. Ни у кого в настоящее время не вызывает сомнения, что наряду с сугубо медицинскими аспектами эпидемиологии и лечения ВИЧ-инфекции, актуальны вопросы разработки эффективных программ предупреждения распространения данного заболевания. Большое влияние на отношение к этому заболеванию оказывают социальные стереотипы и установки в отношении собственного поведения и поведения других людей так или иначе связанного с сексуальностью и наркотической зависимостью. Можно выделить целый ряд объективных и субъективных причин, почему необходимо развитие усилий с целью предотвращения распространения ВИЧ-инфекции в нашей стране.

1. Эпидемиологические данные свидетельствуют, что Россия находится на пороге широкого проникновения ВИЧ-инфекции в основную популяцию населения. Инъекционный путь заражения среди наркозависимых являлся основным с 1996 года. В настоящее время начинает стремительно нарастать сексуальный путь передачи инфекции, что неминуемо приведет к этапу развития эпидемии, когда основной группой риска в отношении ВИЧ станет все молодое население страны.

2. Группы людей, подвергающиеся наибольшему риску заболеть (потребители инъекционных наркотиков, экономически и социально незащищенные слои населения) являются самыми труднодоступными для любой формы профилактической работы, будь то – тестирование, лечение, образовательные и превентивные программы. Стигматизация определенных групп населения является серьезным барьером для обращения за помощью в официальные медицинские и другие учреждения.

3. Создание вакцины против ВИЧ оказалось не таким легким и быстрым делом, как казалось в начале развития мировой пандемии ВИЧ/СПИД. Биологи достигли огромных успехов. Выделен и описан вирус ВИЧ, определены пути передачи инфекции и факторы способствующие заражению. В мире уже насчитывается несколько десятков вакцин-

кандидатов, которые начали испытываться или готовятся к клиническим испытаниям. При этом следует не забывать о том, что создание и широкое внедрение вакцинового препарата – это крайне трудоемкий многолетний процесс. Человечеству потребовалось приблизительно 100 лет для того, чтобы искоренить оспу после того как эффективная вакцина была создана и начала внедряться. И речь идет об относительно простом с биологической точки зрения заболевании и дешевом препарате.

4. В области лечения ВИЧ-инфекции и СПИД достигнуты огромные успехи. Разработаны десятки противовирусных препаратов, которые позволяют успешно бороться с развитием вируса в организме больного и продлять его жизнь на целые десятилетия. Это послужило причиной изменения отношения к заболеванию во многих развитых странах, которое все более приближается к восприятию ВИЧ не как смертельного, а как хронического заболевания. О людях инфицированных ВИЧ и получающих комплексную антиретровирусную терапию (АРВТ), говорят не как об умирающих от СПИД, а как о людях, живущих с ВИЧ-инфекцией. При этом существует ряд объективных и субъективных барьеров для широкого внедрения АРВТ в нашей стране. Стоимость препаратов по-прежнему достаточно высока. Лечение одного пациента в год обходится приблизительно в 10-15 тысяч долларов. И даже в богатых странах оно доступно не всем. Страны с ограниченными ресурсами оказываются в ситуации невозможности приобретать и внедрять современные препараты. Среди субъективных барьеров для употребления противовирусных препаратов заболевшими необходимо отметить: индивидуальные проблемы переносимости препаратов (побочные эффекты в виде постоянной рвоты, тошноты и т.п., влекущие за собой отказ от лечения), а также сложности при соблюдении режима регулярного приема лекарств, так называемой «приверженности к лечению».

5. Экономический и социальный кризис (переходный период) в стране сопровождался усилением гнета как экономических так и социальных проблем (наркомании, алкоголизма, ухудшением уровня здравоохранения и т.п.) для Российского населения.

б. В отличие от многих инфекций (например, передающихся воздушно-капельным путем, таких как грипп или острые респираторные вирусные инфекции, известные как ОРВИ) распространение ВИЧ-инфекции можно легко предотвратить. Известны пути передачи, способы предотвращения заражения, формы рискованного поведения в отношении ВИЧ. Избегание подобного рискованного поведения является самым надежным и дешевым способом предотвращения заражения. В этой связи роль психологической науки и практики в сфере превенции ВИЧ/СПИД неоспорима. Участие психологов на всех стадиях - разработки, апробации, оценки эффективности и внедрения ВИЧ-превентивных вмешательств – является крайне важным и обязательным компонентом комплексных междисциплинарных усилий.

В данном учебном пособии представлены психологические и социальные аспекты эпидемии ВИЧ/СПИД, а также теоретические и прикладные основы превенции ВИЧ-инфекции, включая конкретные примеры различных превентивных вмешательств, направленных на снижение поведенческих рисков в отношении ВИЧ-инфекции. Материалы пособия подготовлены для использования в рамках учебных курсов, реализуемых на факультете психологии Санкт-Петербургского университета: «Психологические основы превенции ВИЧ/СПИД», «Социальные и психологические технологии превенции и реабилитации наркопотребителей», «Психология в системе социальной помощи», «Социальные аспекты поведенческой психологии здоровья», «Психология сообществ», «Психология социальной работы», а также может быть полезно для преподавателей, аспирантов, практических психологов, социальных работников и других специалистов, занимающихся вопросами профилактики и психологической помощи.

Тема 1. Биологические и клинические основы превенции ВИЧ/СПИД.

Основные понятия и история

ВИЧ-инфекция (HIV- infection - human immunodeficiency virus infection) - медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему, в результате чего организм становится высоко восприимчив к различным оппортунистическим инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели больного.

Оппортунистические инфекции – это инфекции, которые проникают в организм, ослабленный ВИЧ (от английского «*opportunity*» - возможность).

СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита, AIDS - acquired immunodeficiency syndrome) – стадия развития ВИЧ-инфекции, которая характеризуется развернутым разрушением иммунной системы и является показанием для специфического комплексного лечения в отношении ВИЧ.

Вирус иммунодефицита человека был выявлен в 1983 году практически одновременно в США и Франции, в лабораториях двух выдающихся ученых – Роберта Галло (R.Gallo) и Люка Монтанье (L.Montagnier). Галло и Монтанье опубликовали свои работы примерно в одно и то же время, но в отношении некоторых экспериментов американского биохимика появились сомнения (в частности, Галло подозревали в использовании образцов ВИЧ из лаборатории Монтанье). В итоге научное сообщество пришло к негласному заключению, что Монтанье первым выделил вирус, а за Галло остается первенство в открытии связи вируса со СПИД и создании теста на выявление ВИЧ. В своих совместных работах оба автора признавали равные заслуги друг друга. В 2008 француз Монтанье вместе с коллегой Франсуазой Барре-Синусси были удостоены Нобелевской премии по физиологии и медицине за открытие вируса иммунодефицита человека. В России первый пациент с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИД был обнаружен в 1987 году. Первые случаи ВИЧ-инфекции в нашей стране преимущественно были связаны с сексуальным путем передачи (женщины, имевшие сексуальные контакты с выходцами из Африканских стран;

мужчины, имевшие сексуальные контакты с мужчинами). В 1989 году в двух городах – Элисте и Волгограде более 250 детей были инфицированы ВИЧ во время вакцинации нестерильным медицинским инструментарием. С 1994-96 годов эпидемия ВИЧ в России, следуя за эпидемией героиновой наркомании, преимущественно стала развиваться за счет совместного использования наркопотребителями нестерильных шприцев. В настоящее время роль небезопасного употребления инъекционных наркотиков по-прежнему остается ведущим фактором распространения ВИЧ в РФ, при этом наблюдается устойчивое нарастание значимости сексуального пути передачи ВИЧ в общей популяции, особенно, среди подростков и молодежи.

Происхождение ВИЧ

Точное место происхождения вируса иммунодефицита человека и способ его проникновения в человеческую популяцию пока не известны. Данное обстоятельство порождает большое количество теорий и мнений, в том числе, ненаучных. Среди абсурдных идей выделяются гипотезы о том, что ВИЧ – это биологическое оружие, созданное для уничтожения африканского населения, или о том, что вирус вовсе не существует, а является следствием плохих условий жизни. Также абсолютно необоснованным выглядит заявление некоторых лиц о том, что ВИЧ является последствием испытаний лекарственных препаратов. Есть также малообоснованное мнение о том, что ВИЧ присутствовал во всех регионах мира с давних пор, но лишь недавно был обнаружен. Среди наиболее обсуждаемых гипотез, имеющих в той или иной степени научные обоснования, можно выделить следующие. Первая точка зрения связана с теорией мутации, в соответствии с которой ВИЧ является мутацией ранее известного и непатогенного вируса. Вирусологи, однако, однозначно опровергают подобную точку зрения, акцентируя внимание научной общественности на специфических особенностях ВИЧ и его взаимосвязей с другими видами вирусов. Вторая гипотеза имеет много сторонников и широко обсуждается до сих пор. Она заключается в предположении о том,

что ВИЧ является биологической мутацией вируса иммунодефицита обезьян, т.е. имеет животное происхождение. Данное предположение имеет под собой серьезные основания, в частности, потому что вирусы иммунодефицита обезьян обнаруживаются у разных видов обезьян, обитающих на территории именно тех Африканских регионов, в которых наиболее широко распространен и вирус иммунодефицита человека. Одной из широко распространенных точек зрения на природу происхождения ВИЧ является также гипотеза о том, что ВИЧ имеет человеческую природу и возник среди населения Центральной Африки и, лишь, недавно проник в другие регионы мира в связи с бурно развивающейся транспортной системой, путешествиями и глобализацией бизнеса. Данная теория имеет самые сильные эпидемиологические доказательства.

В настоящее время в мире обнаружены два типа вируса иммунодефицита человека HIV-I и HIV-II, а также субтипы: А, В, С, D, Е, F, G, H, О и 3 рекомбинантных (комбинированных) субтипа. Наибольшее эпидемиологическое значение имеет ВИЧ-1, который доминирует в современной пандемии и имеет наибольшее распространение на территории Российской Федерации. В России преобладает субтип А – 94%, рекомбинантные вирусы обнаруживаются в 4% случаев, В-1%, G,H-1%. Для сравнения в США преобладает HIV-1 субтип В, а в Западной Африке HIV-II, который считается менее прогрессирующим. Преобладание субтипа А в нашей стране обусловлено тем обстоятельством, что исторически именно он начал распространяться в популяции потребителей инъекционных наркотиков. Распространение субтипа В больше связывают с сексуальным путем передачи ВИЧ-инфекции.

Строение Вируса иммунодефицита человека

ВИЧ относится к РНК-содержащим вирусам и относится к семейству ретровирусов («обратных» вирусов), которые содержат в своей структуре специфический фермент – обратную транскриптазу, способную копировать вирусную РНК в ДНК. ВИЧ имеет типичную для всех ретровирусов строение. Под электронным микроскопом зрелая

частица ВИЧ (вирион) имеет форму шара и выглядит как экзотический цветок. Диаметр вириона 100-140 нанометров (1/10.000мл). Для наглядности на линии в 1 см может свободно разместиться от 70 до 100 тыс. вирионов, а на площади с копеечную монету – несколько десятков миллионов.

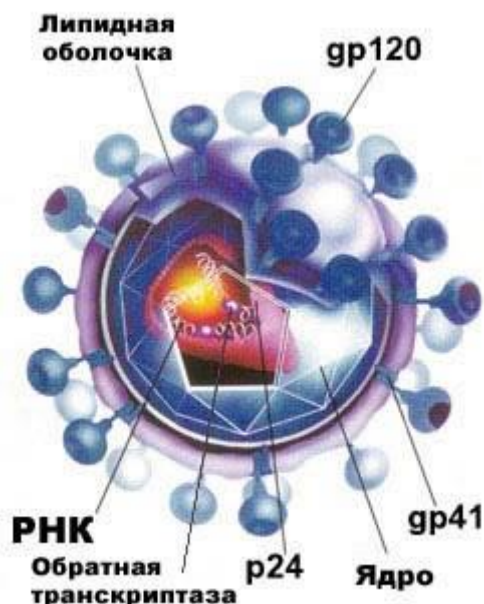


Рис.1 Строение ВИЧ

Оболочка (мембрана) вириона состоит из двойного слоя жировых (липидных) молекул. Внешний слой мембраны образуется из внешней оболочки клетки-хозяина. В оболочку вириона встроены шипообразные гликопротеиновые образования (glycoprotein – в переводе с английского белок, содержащий углеводный компонент), по виду напоминающие грибы. «Шляпка гриба» состоит из трех молекул гликопротеина gp 120, а «ножка гриба» из трех молекул гликопротеина gp 41. Под оболочкой расположена сердцевина вириона, по форме похожая на усеченный конус. У сердцевины также есть оболочка, состоящая из белка р24. Внутри сердцевины расположены 2 молекулы вирусной РНК и 3 вирусных фермента: обратная транскриптаза, интегразы, протеазы. Каждая вирусная РНК состоит из 9 генов, которые содержат информацию, необходимую для репродукции (размножения) ВИЧ.

Патогенез ВИЧ инфекции

ВИЧ в отличие от многих других вирусов не трансформирует, а полностью уничтожает поражаемые им клетки организма человека. Основными клетками-мишенями для ВИЧ являются:

1. Все клетки иммунной системы, несущие специфический рецептор CD4:
 - 100% Т-лимфоциты (хелперы/индукторы), отвечающие за общую координацию работы иммунной системы («дирижёр» иммунного оркестра);
 - 10% моноциты-макрофаги, которые полностью не разрушаются, но способствуют проникновению ВИЧ в организм человека («троянский конь»);
 - 5% В-лимфоциты, отвечающие за гуморальный иммунитет, т.е. защиту организма при помощи белков антигенов;
2. Клетки других органов и систем: фолликулярные дендритные клетки лимфатических узлов, клетки олигодендроглии и астроциты мозга, эпителиальные клетки кишки, клетки Лангерганса, клетки шейки матки, сосудистый эндотелий, альвеолярные макрофаги легких и др.

Основной механизм проникновения вируса связан с гликопротеином gp120, который обуславливает присоединение ВИЧ к рецепторам CD4 клеток человека. После связывания с CD4+ gp120 изменяет свою пространственную структуру, что позволяет ему связаться с молекулой (механизм адгезии или «прилипания»). Это дает возможность gp41 проникнуть через клеточную мембрану и вызвать сплавление мембраны вируса и оболочки клетки-мишени, что является непременным условием для вхождения вируса в клетку. После проникновения вируса в цитоплазму клетки обратная транскриптаза синтезирует комплиментарную ДНК на базе вирусной РНК. Затем к образовавшейся одонитевой структуре ДНК с помощью того же фермента достраивается вторая нить ДНК. Линейная промежуточная форма ДНК переносится в ядро, где приобретает кольцевую форму и встраивается в ДНК клетки-хозяина с помощью фермента интегразы, превращаясь в

ДНК–провирус. В таком состоянии ВИЧ может достаточно долго находиться в организме человека, не вызывая клинических проявлений болезни, эту стадию называют стадией «носительства» или латентной фазой. При этом следует помнить, что при ВИЧ-инфекции нет истинной латентной фазы, поскольку вирус постоянно себя воспроизводит, и со временем нарастание вирусной нагрузки приводит к появлению симптомов заболевания. В незначительной степени ВИЧ может также прямо проникать в клетки-мишени (механизм фузии). Однако одного связывания gp120 с молекулой CD4+ недостаточно для проникновения вируса в клетку. На поверхности клетки–мишени должны быть еще дополнительные рецепторы (ко–стимулирующие молекулы). Такими ко-рецепторами для проникновения ВИЧ в клетку человека являются молекулы CXCR-4 и CCR-5. Около 17% людей не имеют этих ко-рецепторов и, как полагают, не инфицируются ВИЧ.

Уменьшение количества клеток, несущих рецептор CD4, приводит к ослаблению цитотоксической активности CD8+ Т-лимфоцитов, способных уничтожать инфицированные вирусом клетки. В результате пропадает контроль за попадающими в организм возбудителями бактериальных, вирусных, грибковых, протозойных и других побочных инфекций (оппортунистических), а также за раковыми клетками. Одновременно происходит нарушение функции В-лимфоцитов, поликлональная активация которых приводит, с одной стороны, к гипергаммаглобулинемии (увеличению количества белков, защищающих организм от инфекций), а с другой - к ослаблению их способности продуцировать вируснейтрализующие антитела. Повышается количество циркулирующих иммунных комплексов, появляются антитела к лимфоцитам, что еще больше снижает число CD4 Т-лимфоцитов. Возникают аутоиммунные процессы, т.е. состояния, при которых происходит выработка аутоантител к антигенам собственных тканей организма.

Ко-факторами прогрессии (распространения ВИЧ) в организме человека являются:

- Вирусные инфекции (особенно цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус герпеса 6 типа, которые имеют тоже «место обитания» - Т-лимфоциты, что и ВИЧ («2 медведя в

одной берлоге»). Кстати наличие в организме данных вирусов, поскольку они во многом схожи с ВИЧ может приводить к ложно-положительным результатам при тестировании крови на наличие антител к ВИЧ.

- Бактериальные инфекции.
- Средовые факторы (радиация, экологические факторы, химиотерапия).

Биологические свойства ВИЧ.

1. Основное свойство вируса иммунодефицита человека, которое обуславливает сложность как создания вакцины, так и превенции – это высокая изменчивость. Мутационная активность ВИЧ в 5 раз выше вируса гриппа. Сегодня в международной базе данных есть информация о геномах нескольких десятков тысяч вариантов ВИЧ-1, обнаруженных в регионах земного шара. Практически каждый вирус, который развивается в организме человека хотя бы на один нуклеотид отличается от своего предшественника. Чрезвычайно высокая скорость мутации вируса является серьезным препятствием для разработки и внедрения эффективной вакцины и лечения ВИЧ-инфицированных.

2. ВИЧ не стоек о внешней среде: инактивируется при температуре 56°C за 30 мин (для гарантии безопасности препаратов крови их обрабатывают при 56-60 С В течение 3-5 ч., а иногда и дольше); при кипячении погибает через 1-3 мин; погибает при резком изменении давления (рН ниже 0,1 и выше 13); погибает под воздействием химических агентов, предназначенных для проведения дезинфекции.

- Однако допускают, что в крови и сперме вирус содержится в высоких концентрациях и может сохраняться в высушенном состоянии в течение нескольких часов и даже дней.
- В крови, предназначенной для переливания, вирус переживает годы.
- В замороженной сперме ВИЧ сохраняется несколько месяцев.

3. Вирус относительно устойчив: к ионизирующей радиации; ультрафиолетовому облучению; замораживанию при минус 70°С.

Факторы передачи и источники заражения ВИЧ

Источником ВИЧ инфекции может быть только инфицированный ВИЧ человек в стадии как бессимптомного вирусоносительства, так и развёрнутых клинических проявлений болезни, в крови которого циркулирует вирус. В организме животных и насекомых ВИЧ существовать не может.

Факторами передачи ВИЧ являются: кровь (инфицирующая доза 0,1 мл крови), сперма, спинномозговая жидкость, грудное молоко, менструальная кровь, влагалищный и цервикальный секрет, биологические препараты, изготовленные из различных тканей организма человека. Эти жидкости имеют в случае присутствия в организме человека ВИЧ-инфекции высокую концентрацию вируса, достаточную для заражения в случае контакта. Низкая концентрация ВИЧ в других биологических жидкостях определяет его быструю инактивацию (потерю способности к заражению). В слюне, слёзной жидкости, моче вирус находится в небольшом количестве, недостаточном для заражения. Кроме того, для того, чтобы произошло заражение, ВИЧ должен попасть в кровоток или на слизистую оболочку здорового человека в достаточном для заражения количестве. Именно поэтому, ВИЧ не передается при различных бытовых контактах, рукопожатии, чихании, кашле, укусах насекомых, совместном использовании бассейна, бани или сиденья унитаза и т.д.

Факторы, способствующие инфицированию делятся на две группы:

- а) связанные с вирусом: количество вирусов (концентрация), объём инфицирующей жидкости, субтип вируса, предшествующая антиретровирусная терапия в отношении ВИЧ (АРВТ) и б) связанные с макроорганизмом (организмом конкретного человека и ситуацией риска): путь заражения и восприимчивость организма.

Клиническое течение ВИЧ-инфекции

Клинические проявления ВИЧ-инфекции зависят, в первую очередь, от уровня репликации вируса (вирусная нагрузка). Уровень CD4 клеток также является значимым фактором влияющим на клинические проявления ВИЧ. При увеличении количества вирусов (вирусной нагрузки) и критическом снижении количества CD4-лимфоцитов развивается СПИД. У большинства (70–80%) инфицированных лиц клинические симптомы СПИД появляются примерно через 10 лет после заражения. Критическая фаза СПИД проявляет себя необычными (оппортунистическими) инфекциями, злокачественными образованиями и неврологическими синдромами. Специфические антитела к ВИЧ в сыворотке крови начинают обнаруживаться через 1 неделю после начала острых проявлений, а через 2 недели большинство больных серопозитивны (в крови обнаруживаются антитела к ВИЧ). Однако у некоторой части больных их выявляют лишь в конце острой фазы, что делает затруднительным диагностику заболевания в острой фазе. В целом у 90–95% ВИЧ-инфицированных антитела появляются в течение 3 месяцев, у 5–9% – в течение 3–6 месяцев и у 0,5–1,0% – в более поздние сроки. Наличие «периода окна», в течение которого не обнаруживаются антитела к ВИЧ, обуславливают специфическую тактику тестирования. В случае проведения тестирования на наличие антител к ВИЧ рекомендуется двукратное тестирование крови с интервалом 3 – 6 месяцев для получения достоверной информации. Данный аспект является важной составляющей до и после-тестового консультирования, которое должно обязательно проводиться во время тестирования на ВИЧ.

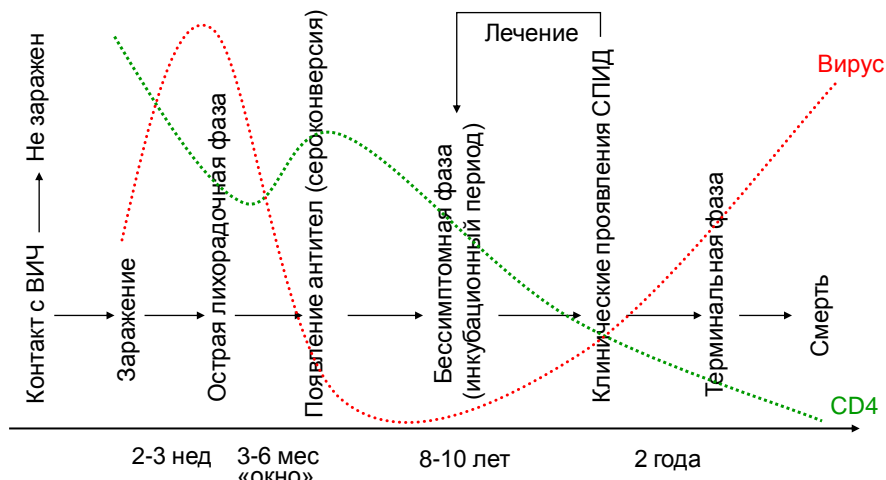


Рис 2. Клиническое течение ВИЧ – инфекции.

При установлении стадии и тяжести развития ВИЧ-инфекции, а также решения вопроса о назначении пожизненной антиретровирусной терапии в отношении ВИЧ врач-инфекционисты используют как показатели вирусной нагрузки (уровень РНК ВИЧ) и количества CD 4 клеток, так и клинические проявления болезни.

Классификация клинического течения ВИЧ (В.И.Покровский, 1989)

I Стадия инкубации. Протекание минимум 2-3 недели, средняя продолжительность - 6-9 месяцев, максимальная 3-5 лет.

II Стадия первичных проявлений. Выделяется три фазы: 2А - острый период, который может протекать бессимптомно или с наличием симптомов лихорадки от 2-3 дней до 2-3 недель с признаками интоксикации (головная боль, миалгия, фарингит, тошнота, рвота, анорексия, экзантема на коже, поражение нервной системы – от головных болей до острой обратимой энцефалопатии с потерей ориентации, памяти и сдвигами в сознании). В сыворотке крови начинают обнаруживаться антитела к ВИЧ, которые выявляют обычно по завершению острой фазы. 2 Б - бессимптомная фаза длительностью от 1-3 месяцев до нескольких лет, но чаще до 1,5-2 лет. Во время этого периода отсутствуют какие-либо

клинические проявления болезни. При этом наблюдаются положительные серологические реакции (результаты тестирования крови) на ВИЧ-инфекцию при использовании иммуноферментного анализа на антитела (ИФА) и иммуноблотинге (ИБ). Фаза персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ) 2 В продолжительностью в среднем от 6 месяцев до 5 лет. Характеризуется увеличением лимфатических узлов не менее 1 см в диаметре в двух или более группах узлов (за исключением паховых) в течение 3 месяцев в отсутствии какого-либо текущего заболевания или лечения, которое могло бы вызвать такой эффект.

III Стадия вторичных заболеваний. Три фазы: 3А Переходная к СПИД - потеря массы тела менее 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы; 3Б – Признаки СПИД - потеря веса более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца, волосатая лейкоплакия, туберкулёз лёгких, повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации), повторный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши; 3В Развернутый СПИД - генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, бронхов, лёгких, внелёгочный туберкулёз, кахексия, атипичные микобактериозы, диссеминированная саркома Капоши, поражения ЦНС различной этиологии.

IV Терминальная стадия. При отсутствии специфического антиретровирусного лечения наступает гибель ВИЧ-инфицированного человека.

Классификация ВИЧ-инфекции, предложенная Центром по контролю над заболеваниями (CDC), США в 1993 г.

Уровень	Клинические категории		
CD4	T-		
лимфоцитов			

	А	В	С
	Бессимптомная, острая (первичная) ВИЧ-инфекция или ПГЛ	Манифестная форма, но ни А ни С	СПИД-индикаторные состояния Развернутый СПИД
> 500/мкл	А 1	В 1	С1
200-499/мкл	А 2	В 2	С2
< 200/мкл	А 3	В 3	С3

В соответствии с этой классификацией диагноз СПИД устанавливается всем лицам с клинической категорией С (независимо от уровня CD4-клеток), а также больным, имеющим уровень Т-лимфоцитов CD4 ниже 200/мкл, даже при наличии клинических категорий А или В и отсутствии СПИД-индикаторных болезней.

Лечение ВИЧ-инфекции

К настоящему времени не существуют препаратов, воздействующих на покоящийся вирус, т.е. пока невозможно полностью уничтожить вирус, если он попал в организм человека. Сразу после проникновения вируса иммунная система начинает вырабатывать антитела, задействовать специфические клетки-убийцы, которые самостоятельно справляются с первой атакой вируса. Во время бессимптомной стадии устанавливается равновесие: в крови имеется определенное количество антител, достаточное для сдерживания размножения вируса и поражения им новых иммунных клеток. Об этом свидетельствует восстановление количества CD4 клеток в крови и их устойчивые показатели в течение длительного периода времени. Данное равновесие может периодически нарушаться ввиду различных причин, которые могут снижать количество специфических антител и стимулировать размножение вируса. Среди негативных факторов можно выделить: наличие сопутствующих заболеваний, острые вирусные инфекции, употребление наркотиков, недостаток белка в пище, большие нагрузки,

переутомления, стрессы и др. Подобные обстоятельства приводят к тому, что новые вирусы поражают здоровые клетки иммунной системы. Обычно это выявляется при очередном лабораторном обследовании, которые для ВИЧ-инфицированного человека становятся регулярными, в виде снижения уровня CD4-клеток. Организм человека в течение длительного времени может отражать такие атаки вируса, восстанавливая количество CD4. Постепенно резервы иммунной системы организма истощаются, и количество CD4-клеток перестает восстанавливаться. Скорость прогрессирования ВИЧ-инфекции зависит от исходного состояния иммунной системы и самого вируса. Когда иммунная система человека перестает справляться с вирусом больному требуется специфическое лечение, препятствующее размножению вируса и, следовательно, дальнейшему поражению им клеток иммунной системы.

Показания к началу лечения ВИЧ-инфекции. Наличие ВИЧ-инфекции само по себе не является показанием для назначения *специфической антиретровирусной терапии (АРВТ)*.

Антиретровирусная терапия (АРВТ) — подразумевает использование трех (минимум двух) препаратов, останавливающих размножение ВИЧ на разных этапах его проникновения в клетку и размножения. Поскольку ВИЧ чрезвычайно изменчив, он быстро приспосабливается к лекарственным препаратам. Поэтому АРВТ включает использование комбинации препаратов, воздействующих сразу на оба этапа размножения вирусов. Пока нет лекарственных средств, действующих на покоящийся вирус (т.е. ВИЧ-инфекция неизлечима полностью), но АРВТ останавливает размножение ВИЧ и поэтому снижает количество вируса в крови. Появление и внедрение АРВТ изменило отношение к ВИЧ-инфекции как к заболеванию, которое считалось ранее смертельным. В настоящее время о ВИЧ-инфекции чаще говорят как о хроническом заболевании. Слишком раннее назначение АРВТ является нецелесообразным как с клинической, так и экономической точек зрения, а слишком позднее не так эффективно. При решении вопроса о начале

АРВТ медицинский консилиум обычно принимает во внимание как лабораторные показатели (уровень CD 4 ниже 200/мкл; уровень вирусной нагрузки более 100000 копий в мл крови), так и клинические проявления (наличие оппортунистических инфекций. Для того, чтобы исключить ошибки уровень CD4-лимфоцитов и количество РНК ВИЧ (вирусная нагрузка) учитываются как показания для назначения АРВТ, если в течение месяца до проведения данных тестов у ВИЧ-инфицированного не было воспалительных заболеваний и прививок, во время и после которых в организме человека может присутствовать как большое количество антител, так и снижение уровня CD4. В случае, если лабораторные показания для АРВТ выявляются впервые, а клинические показания отсутствуют, для решения вопроса о целесообразности начала терапии необходимо проведение повторного исследования. При уровне CD4-лимфоцитов менее 200/мкл оно проводится не менее чем через 4 недели после получения результата, подлежащего подтверждению. При уровне CD4-лимфоцитов от 200 до 350/мкл - с интервалом не менее 12 недель. Большое значение имеет готовность и мотивация ВИЧ-инфицированного, а также способность к регулярному и безостановочному приему препаратов (*приверженности к терапии*) в течение всей оставшейся жизни. Если нет уверенности, что приверженность пациента к терапии будет хорошей, перед началом лечения рекомендуется провести подготовительную работу, направленную на формирование приверженности. Чаще всего эти вопросы решаются при помощи индивидуального консультирования, групп поддержки для ВИЧ-инфицированных, кейс-менеджмента (индивидуальное сопровождение) и привлечения членов семьи или ближайшего окружения.

Нарушение режима приема и перерывы в лечении грозят формированием резистентности вируса (устойчивости) к принимаемым препаратам. Распространение резистентных форм вируса является серьезной проблемой для лечения лиц, заразившихся подобными формами вирусов.

Тестирование на ВИЧ в России как реакция на начало эпидемии

Несмотря на то, что первый больной ВИЧ-инфекцией в стадии СПИД был обнаружен в России в 1987 году длительное время в обществе наблюдалось отрицание наличия эпидемии, а также стигматизация представителей так называемых «групп риска» (гомосексуалисты, потребители наркотиков, иностранцы). Реакция на появление ВИЧ на государственном уровне выражалась также в отрицании проблемы и широком внедрении обязательного, т.е. практически принудительного, тестирования с попыткой изолировать выявленные случаи. Для наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных была создана сеть специализированных центров по профилактике и борьбе со СПИД, так называемые Центры СПИДа. О масштабах тестирования на ВИЧ говорят следующие цифры: с 1987 года по 1996 год в стране было проведено более 142 млн. тестов, в Санкт-Петербурге - 10 млн. тестов. Первоначально список лиц, подлежащих обязательному тестированию был очень большим. В него были включены: доноры препаратов крови и органов; потребители инъекционных наркотиков; лица, имеющие различные заболевания, передающиеся половым путем; беременные женщины; заключенные; партнеры ВИЧ-инфицированных; военные; представители некоторых профессий (медицинские работники, работники сферы общественного питания, моряки дальнего плавания и т.п.); иностранцы. Широко практиковалось тестирование на ВИЧ без информирования человека, например, в случае госпитализации или медицинской диспансеризации. Экономическая и превентивная ценность масштабного тестирования на начальной стадии эпидемии была крайне низкой. Огромные средства уходили на выявление единичных случаев ВИЧ. Стратегия недобровольного тестирования приводила к тому, что наиболее уязвимые и стигматизированные группы населения старались избегать тестирования, рассматривая данную процедуру скорее как карательную, нежели превентивную. В 1995 году, в России был принят закон «О предупреждении распространения заболевания, связанного с вирусом иммунодефицита человека» в котором впервые были провозглашены принципы

организации и проведения тестирования на ВИЧ, которые полностью соответствуют международным стандартам и научным данным об эффективности превенции данного метода. В частности, законодательно был установлен добровольный характер тестирования на ВИЧ, подразумевающий получение информированного согласия (осознанного решения) со стороны человека на данный вид диагностики. Недобровольный характер тестирования остался лишь для доноров крови, спермы и органов. К сожалению, в системе здравоохранения до сих пор встречаются случаи нарушения законодательства, касающегося добровольности тестирования на ВИЧ или формальный подход к проведению процедуры информированного согласия, которая понимается лишь как подписание документа, а не процесс информирования о специфике, рисках, выгодах и последствиях тестирования принятия осознанного решения для выработки самостоятельного осознанного решения человека о прохождении теста на ВИЧ. В отличие от многих других методов диагностики тестирование на ВИЧ обязательно должно сопровождаться до- и после-тестовым консультированием независимо от результата тестирования. Данное право пациента регламентируется федеральным законом и подзаконными актами. Тестирование на ВИЧ является важной и высокоэффективной стратегией в превенции ВИЧ\СПИД, как на общественном, так и на индивидуальном уровне. Тестирование, в первую очередь, наиболее эффективно как метод вторичной превенции, т.е. выявлению и предотвращению инфекций в случае наличия рискованных в отношении ВИЧ поведенческих практик. Выгоды от внедрения тестирования очевидны и включают: обеспечение безопасности крови и других донорских препаратов; выявление новых случаев ВИЧ и осуществление эпидемиологического надзора; обеспечение своевременной помощи, сопровождения и лечения для ВИЧ-инфицированных. При этом существуют серьезные риски и барьеры для тестирования на ВИЧ, которые необходимо учитывать при организации и реализации данного метода: тревога и страх, присущий многим людям в случае опасных заболеваний; повсеместно встречающиеся случаи

нарушения конфиденциальности результатов тестирования конкретных людей, повлекшие тяжелые социальные и психологические последствия, включая дискриминацию прав и свобод заболевших; стигматизация ВИЧ-инфекции как заболевания, связанного с «порочным» поведением и ВИЧ-инфицированных как «прокаженных» и преступников. Организация и масштабы тестирования должны опираться на конкретную ситуацию (стадия и характер эпидемии, экономические, социальные и местные условия). Обязательное и полноценное до- и после-тестовое консультирование способствует элиминации рисков и усилению превентивной и помогающей роли тестирования.

Тестирование на наличие антител к ВИЧ как процедура: носит добровольный характер; может быть анонимным; без до- и после-тестового консультирования является нарушением закона; не является тестированием на СПИД; предполагает забор крови из вены (приблизительно 10 мл).

Тест слюны на наличие антител к ВИЧ, который используется в некоторых странах, в России пока не получил широкого применения. Экспресс-анализы крови на антитела к ВИЧ, которые можно приобрести в аптеке и использовать самостоятельно, иногда применяются для первичного скрининга или в экстренных ситуациях.

2 этапа и вида тестирования крови на ВИЧ

1. Иммуноферментный анализ (ИФА, ELISA test), с помощью которого в сыворотке крови выявляются антитела к ВИЧ. Данный тест используется для первичного скрининга и поэтому обладает высокой чувствительностью. В случае проведения ИФА возможны ложно положительные результаты (примерно, в 4-5% случаев), которые чаще всего связаны с наличием в крови человека похожих на антитела к ВИЧ антител в случае различных заболеваний, у женщин ложноположительные результаты часто получаются в случае беременности. Также возможны неопределенные и ложноотрицательные результаты при тестировании крови ВИЧ-инфицированного человека, которые чаще всего обусловлены латентной стадией развития заболевания (период «окна»). При первом

положительном результате ИФА проводится повторный ИФА. Данный вид теста в России можно пройти анонимно.

2. Иммуноблотинг (Western Blot) проводится при положительном анализе ИФА в 2-х вариантах и предполагает повторный забор крови. Данный тест характеризуется высокой достоверностью получаемых результатов, поскольку способен выделять белки, специфичные именно при ВИЧ-инфекции. Иммуноблотинг в России не проводится анонимно.

Контрольные вопросы к теме:

1. В чем заключаются различия между ВИЧ и СПИД?
2. Каковы факторы передачи ВИЧ-инфекции?
3. Когда ВИЧ-инфицированному человеку ставят диагноз СПИД?
4. Какие существуют виды тестирования на ВИЧ, и в чем заключается их специфика?

Тема 2. Пути распространения ВИЧ-инфекции и понятие рискованного поведения.

Пути распространения ВИЧ

Вирус иммунодефицита человека, как отмечалось в предыдущем разделе, может быть обнаружен во всех жидкостях инфицированного организма. При этом, в крови, сперме, выделениях влагалища и грудном молоке концентрация вируса может быть значительной, в то время как из слюны, слез и мочи вирус не выделяется в хоть сколько-нибудь значимых количествах. Именно эти различия в концентрации вируса в различных жидкостях инфицированного организма и определяют возможные пути передачи (распространения) ВИЧ-инфекции от одного человека к другому.

Существует три основных пути распространения вируса иммунодефицита человека:

1. Половой путь, связанный с сексуальной (половой) активностью и включающий обмен жидкостями.
2. Парентеральный путь - использование инфицированного ВИЧ оборудования для инъекций.
3. Перинатальный (вертикальный) путь заражения от ВИЧ-инфицированной матери к младенцу во время беременности, родов или грудного вскармливания.

Необходимо понимать, что при любом пути распространения, речь идет о *вероятности* передачи вируса. Произойдет заражение или нет, несмотря на наличие риска, в конкретном случае зависит от ряда факторов, которые будут рассмотрены ниже. В частности, необходимо понимать, что пути распространения ВИЧ не одинаковы и различаются по степени риска передачи вируса, более того, внутри практически каждой группы есть более и менее рискованные (с точки зрения передачи вируса) формы поведения.

Рассмотрим каждый из путей распространения ВИЧ-инфекции:

Половой путь. Заражение ВИЧ-инфекцией может произойти в рамках любой половой активности, предполагающий обмен жидкостями. При этом, наиболее рискованной формой сексуального поведения является анальный половой контакт для принимающего партнера. Высокая степень риска в данном случае обусловлена вероятностью микроповреждений слизистой прямой кишки, в которой находится большое количество лимфоцитов с рецепторами CD4. Прямой контакт с инфицированной кровью, который возникает в случае микроповреждений и травм слизистых, а также повышенное присутствие в зоне повреждения лимфоцитов с рецептором CD4 детерминируют высокую вероятность заражения ВИЧ при анальном сексе, преимущественно, для принимающего партнера. Это может происходить не только при анальном половом контакте, но также при вагинальном половом контакте при наличии инфекций передающихся половым путем. В отсутствии травм и микроповреждений риск заражения ВИЧ, в любом случае,

выше у принимающего партнера, как при анальном, так и вагинальном контакте, из-за большей поверхности слизистой, подвергаемой контакту с вирусом. Например, согласно данным исследований заражение ВИЧ неинфицированной женщины от ВИЧ-инфицированного мужчины, осуществляется в 8 раз чаще, чем здорового мужчины от инфицированной женщины. Традиционно, орально-генитальный контакт относят к наименее рискованным с точки зрения передачи ВИЧ. Но и в данном случае существует некоторый риск заражения, в особенности для принимающего партнера. Сексуальный контакт между женщинами не содержит в себе риска заражения ВИЧ. Также невозможно заражение при поцелуях, поскольку концентрация ВИЧ в слюне ничтожно мала.

Дополнительными факторами риска передачи ВИЧ при половом пути являются: наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) - генитальные язвы, незаживающие генитальные инфекции; отсутствие обрезания у мужчин; половые контакты во время менструации; кровотечение во время полового акта; стадия ВИЧ у инфицированного человека (наиболее опасны стадии острой и «продвинутой» ВИЧ-инфекции, которые характеризуются высокой вирусной нагрузкой и низким количеством CD4 лимфоцитов).

Единственным эффективным способом защиты от ВИЧ-инфекции при половых контактах, предполагающих обмен жидкостями, является использование презерватива.

Парентеральный путь заражения в случае ВИЧ-инфекции подразумевает передачу вируса через кровь в результате использования зараженного оборудования для инъекций (шприцы и пр.). Такое заражение может иметь место а) в ходе медицинских процедур и б) при употреблении наркотиков инъекционным способом. С биологической точки зрения, из медицинских процедур наибольший риск для заражения ВИЧ представляет переливание крови или ее компонентов. При переливании инфицированной крови вероятность заражения является стопроцентной. Инфицирование также может произойти при использовании зараженных шприцов, катетеров и пр. Современные правила и процедуры, касающиеся банков донорской крови и использования инъекционного

оборудования, разработаны с учетом реалий эпидемии ВИЧ/СПИД и исключают вероятность заражения при добросовестном соблюдении этих процедур. Сегодня, в большинстве стран мира, включая РФ, случаи заражения ВИЧ при проведении медицинских процедур являются единичными чрезвычайными происшествиями, но в первые годы эпидемии ВИЧ/СПИД это было не так. К сожалению, биологические механизмы распространения вируса от одного человека к другому не сразу стали известны ученым и случаи заражения ВИЧ при выполнении медицинских процедур были возможны. Иногда, этому способствовали культурные и исторические факторы. Так, например, в первые годы эпидемии СПИД, когда число случаев новой болезни стало интенсивно расти в США и странах Западной Европы, высшее руководство СССР и медицинский истеблишмент утверждали, что в СССР СПИДа, этой аморальной западной болезни, не будет. В результате, не были приняты меры по защите банков донорской крови и, как уже отмечалось в первом разделе данного пособия, в 1989 году в нескольких детских больницах Элисты и Волгограда произошло массовое заражение детей. Только после этого были введены жесткие регуляции скринирования (проверки) донорской крови, а также запрещено использование любых шприцев, кроме одноразовых.

В рамках обсуждения проблемы заражения ВИЧ парентеральным путем также представляется необходимым упомянуть возможность заражения медицинского персонала при выполнении инъекций и других инвазивных процедур с ВИЧ-инфицированными пациентами. Вероятность такого заражения наступает при попадании крови пациента в кровь медицинского работника (например, при случайном уколе инфицированным шприцем (*needlestick injury*) или при попадании крови на слизистые. Этот путь заражения не является распространенным, но на случай подобного рода производственных травм медицинского персонала существуют протоколы профилактического приема антиретровирусных препаратов.

Итак, сегодня заражение ВИЧ при проведении медицинских процедур является редкостью. Таким образом, сейчас, когда речь идет о парентеральном пути распространения ВИЧ-инфекции, основное внимание уделяется заражению в контексте использования наркотических веществ инъекционным путем. В этом случае заражение может происходить при совместном использовании одного общего шприца для инъекции или деления вещества при приготовлении дозы наркотика; при инъекции шприцем, ранее использовавшимся инфицированным человеком; в некоторых случаях при использовании общей посуды для приготовления раствора для инъекций. Способы профилактики ВИЧ для различных групп населения, включая потребителей инъекционных наркотиков представлены в других разделах данного пособия.

Перинатальный (вертикальный) путь распространения ВИЧ. Еще одним путем распространения ВИЧ является передача вируса от матери к ребенку. В этом случае заражение может произойти а) внутриутробно, б) во время прохождения родовых путей в родах, в) при кормлении грудью.

По данным исследований, при естественном течении ВИЧ у матери, т.е. если она не получает антиретровирусного лечения, вероятность внутриутробного (трансплацентарного) заражения достигает 40%. Для того, чтобы минимизировать трансплацентарный риск заражения плода, ВИЧ-позитивной беременной назначают антиретровирусную терапию (АРВТ) со второго триместра (с 14 недель).

Во время родов заражение обусловлено контактом новорожденного с кровью и слизистым отделяемым от половых путей матери. Вероятность заражения также повышается в случае затяжных родов, длительного безводного промежутка. В силу этих причин рекомендуемый способ родоразрешения для ВИЧ-позитивных женщин – кесарево сечение. Здесь необходимо также упомянуть, что даже однократное введение дозы антиретровирусного препарата ВИЧ-позитивной женщине, ранее не получавшей лечения, во время родов существенно снижает риск инфицирования новорожденного.

Заражение ребенка ВИЧ-инфекцией во время кормления грудью определяется тем, что ВИЧ содержится в молозиве и в грудном молоке. Риск заражения при кормлении грудью увеличивается при высокой вирусной нагрузке, мастите и авитаминозе А у ВИЧ-позитивной матери.

Итак, по данным исследований из всех случаев вертикального заражения ВИЧ-инфекцией 23-30% приходится на трансплацентарное заражение, 50-65% – во время родов, 12-20% – при грудном вскармливании.

Необходимо подчеркнуть, что современные антиретровирусные препараты и соблюдение медицинских рекомендаций по ведению беременности и родоразрешению у ВИЧ-позитивных женщин, позволяют снизить вероятность вертикального заражения до 1-2%. Профилактика вертикальной передачи вируса включает следующие мероприятия: 1) тестирование на ВИЧ всех беременных женщин; 2) назначение АРВТ во время беременности или во время родов (если по каким-либо причинам не проводилась АРВТ во время беременности); 3) кесарево сечение как метод родоразрешения; 4) запрет грудного вскармливания.

Риск инфицирования ВИЧ (мировая статистика)

- Самый высокий риск заражения ВИЧ в мире наблюдается в случае переливания здоровому человеку зараженных ВИЧ препаратов крови. В таких ситуациях заражение происходит в 100% случаев (1:1). В случае, если донорская кровь проходит обязательную проверку (скрининг) на наличие ВИЧ, вероятность заражения приближается к нулю и составляет 1:50000 (0,0002%). Как отмечалось выше, в настоящее время в России вся донорская кровь подлежит обязательному скринированию на наличие ВИЧ и других инфекций.
- При вертикальном пути передачи от ВИЧ – инфицированной матери к ребёнку при отсутствии дородовой и послеродовой антивирусной терапии для матери и ребенка вероятность заражения достигает 1:3 – 1:4 (25-30%); при использовании

превентивной терапии с использованием одного препарата (азидотимидин) вероятность снижается до 1:12 (8%); при использовании комплексной антиретровирусной терапии (АРВТ) - < 1:50 (2%)

- При введении внутривенных наркотиков с использованием нестерильных шприцев совместно с другими людьми риск составляет от 1:500 до 1:50 (0,2%-2%).
- Анализ эпидемиологических данных в разных странах представляет следующие соотношения между незащищенными сексуальными практиками в отношении ВИЧ (секс без использования презерватива) и заражением:
 - Анальный пассивный секс у мужчин (1:125 – 1:30 или 0,8 – 3,3%)
 - Гетеросексуальный контакт:
 - Мужчина ВИЧ (+) 1:500(0,2%)
 - Женщина ВИЧ (+) 1:1000 (0,1%)
- При так называемом «профессиональном» заражении медицинским персоналом при уколе иглой, которая ранее использовалась для забора крови у ВИЧ-инфицированного человека, вероятность составляет 1:300 (0,3%). Экстренная краткосрочная противовирусная терапия, показанная в течение месяца сразу после укола снижает вероятность заражения до 1:2000 (0,05%). В нашей стране экстренная краткосрочная профилактика заражения проводится на базе региональных центров по борьбе и профилактике ВИЧ/СПИД бесплатно как медицинскому персоналу, так и населению в целом в случае возникновения вероятности заражения, например, в случае изнасилования или неосторожных действий.

Представленные выше пути распространения вируса иммунодефицита человека являются единственно возможными. В силу ряда причин, с самого своего начала эпидемия ВИЧ сопровождалась развитием разнообразных страхов, мифов и предрассудков. Один из самых стойких страхов, имеющий отношение к теме этого

раздела, это страх возможности бытового заражения ВИЧ в общественном туалете, транспорте, при рукопожатии, объятиях и даже от укуса кровососущего насекомого. Как уже было показано выше, заражение бытовым путем невозможно с биологической точки зрения. Что же касается кровососущих насекомых, то, как следует из названия, они *засасывают* кровь, а не выплевывают, тем более не являются промежуточным носителем вируса.

Итак, с одной стороны пути распространения ВИЧ обусловлены биологическими характеристиками самого вируса, а с другой, из представленного выше описания не трудно заметить, что заражение происходит в рамках той или иной формы поведенческой активности человека. В принципе, особенности поведенческих практик человека в их связи с распространением инфекционных заболеваний, а также возможности их модификации с целью предотвращения эпидемий, всегда были предметом интереса эпидемиологии. История эпидемиологии содержит примеры эффективных вмешательств, направленных на поведение человека, приведших к победе над распространением той или иной болезни, и, более того, изменявших жизненный уклад общества в целом. И, тем не менее, именно развитие эпидемии ВИЧ вывело поведенческие, психологические факторы на первый план профилактической работы и утвердило эпидемиологию в качестве междисциплинарной области знаний.

Рискованное поведение в отношении ВИЧ/СПИД

Изучение форм поведения, делающих человека более уязвимым для заражения ВИЧ, а также психологических детерминант такого поведения, является существенной частью современных исследований ВИЧ/СПИД. Необходимо отметить, что на ранних этапах эпидемии (в середине 1980х – начале 1990х годов) эти исследования привели к возникновению представления о группах риска заражения ВИЧ. Хронологически первыми в качестве такой группы были выделены гомосексуальные мужчины, затем наркопотребители, лица, занимающиеся проституцией и пр. Введение категории «группа

риска» было обусловлено еще недостаточным, в первые годы эпидемии, уровнем знаний о механизмах распространения вируса, а также об индивидуальных, межличностных, социальных и культурных детерминантах риска заражения ВИЧ. С точки зрения современного уровня знаний в этих областях продолжение использования термина «группа риска» представляется неоправданным, ограничивающим как исследовательскую, так и прикладную, профилактическую, работу в этой области. В современных условиях принято говорить о «рискованном поведении» или «поведении высокой степени риска» (и то, и другое – встречающиеся в отечественной литературе варианты перевода англоязычного словосочетания “risk behavior”). Рискованное поведение (в данном контексте) – это такое поведение, которое повышает вероятность заражения ВИЧ. Человек может не принадлежать к какой-то из «традиционных» групп риска и, тем не менее, демонстрировать выраженное рискованное поведение. Или, наоборот, может относиться к таким образом обозначенной группе, но не демонстрировать рискованного с точки зрения заражения ВИЧ поведения (так, например, гомосексуальный половой акт между мужчинами не предполагает автоматического риска заражения ВИЧ, если они пользуются презервативами; и наркопотребитель вводящий наркотик внутривенно исключительно и только собственным инструментарием не имеет риска заражения ВИЧ парентеральным путем). Сегодня мы можем говорить о необходимости точных определений форм поведения и осторожности в обобщениях, когда речь идет об организации исследовательской и профилактической работы в области ВИЧ/СПИД. При этом, поскольку повествование требует обобщений, мы, понимая и признавая разнообразность человеческого поведения, и опираясь на безоценочные определения форм поведения, можем выделять группы людей с тем или иным уровнем и характерными паттернами рискованного поведения. Прекрасным примером такой работы является труд Сета Калишмана (Seth Kalichman), известного американского психолога, ведущего мирового

специалиста в области ВИЧ/СПИД. С.Калишман предлагает выделять следующие группы людей в связи с уровнем и характеристиками рискованного поведения (Kalichman, 1998):

Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (MSM). Как уже говорилось выше, первой группой значительно пострадавшей от ВИЧ в первые годы эпидемии были мужчины гомосексуальной ориентации. В современных условиях в контексте вопросов эпидемии ВИЧ принято говорить о мужчинах, имеющих половые связи с мужчинами. Это делается так вовсе не из соображений политкорректности (как иногда думают в нашей стране), а из-за необходимости подчеркнуть, что риск инфицирования связан не с сексуальной ориентацией человека, а с формой поведения (незащищенный анальный и оральный секс, в первую очередь рецептивный), которая может присутствовать в жизни мужчины гетеросексуальной ориентации (например, в рамках традиций некоторых этнических групп, в заключении и пр.). Поскольку это так, то профилактические усилия, направленные исключительно на мужчин гомосексуальной ориентации будут затрагивать отнюдь не всех мужчин, имеющих секс с мужчинами, а, следовательно, будут эффективны далеко не всегда.

Люди, употребляющие наркотики путем инъекций. В данной группе риск инфицирования обусловлен использованием зараженного инструментария для инъекций. Согласно данным современных исследований использование общих шприцев детерминируется рядом факторов. Среди них индивидуальные факторы (например, психическое состояние при синдроме отмены, импульсивность как личностная черта и пр.), групповые факторы (нормы, правила поведения), социальные/культурные факторы (например, недоступность шприцев из-за отсутствия в открытой продаже, дороговизны и пр.).

Гетеросексуальные мужчины и женщины. Это, безусловно, самая многочисленная и неоднородная «группа риска». Вопреки расхожим бытовым представлениям, рискованное поведение очень распространено в этой группе во всем мире. По

международным данным сегодня СПИД находится в числе самых распространенных причин смерти гетеросексуальных мужчин и женщин в возрасте от 25 до 55 лет. Конечно, для кого-то из них заражение произошло не половым путем (а, например, инъекционным), но установить это достоверно (даже для индивидуального случая) возможно далеко не всегда. Более того, в ряде регионов (например, в РФ) растет рост числа случаев заражения гетеросексуальным путем вне связи с собственным употреблением инъекционных наркотиков.

Лица, имеющие инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Как уже говорилось выше, наличие у человека некоторых ИППП делает его биологически более уязвимым к заражению ВИЧ (риск вырастает в 3 – 5 раз). Также необходимо отметить, что высокая степень распространенности ИППП в популяции является биологическим маркером повышенного риска распространения ВИЧ в этой популяции, если вирус в нее попадет. Фактически, наличие ИППП (как на индивидуальном уровне, так и на уровне группы, популяции) является индикатором уже существующего рискованного поведения.

Подростки. Казалось бы неожиданная группа риска, но учитывая, что первые симптомы ВИЧ проявляются много лет спустя, то можно с определенной долей уверенности утверждать, что большинство 20 – 30-летних больных СПИД заразились в подростковом возрасте. Подростки уязвимы в силу возрастных особенностей. Таких как, например, импульсивность, неуверенность, подверженность групповому влиянию.

Говоря о формах и паттернах рискованного поведения в качестве особых групп можно также перечислить людей, занимающихся коммерческим сексом, заключенных, людей с хроническими психическими расстройствами и\или умственной отсталостью, инвалидов, бездомных.

Представленная выше классификация хороша тем, что включает в себя всех или практически всех людей. И это отражает современные реалии эпидемии ВИЧ и указывает на необходимость недискриминационных, разумных подходов к профилактике

ВИЧ/СПИДа и психолого-медико-социальному сопровождению людей, затронутых эпидемией ВИЧ.

Контрольные вопросы к теме:

1. Назовите три пути распространения ВИЧ
2. Опишите меры профилактики вертикальной передачи ВИЧ

Приведите пример рискованного поведения, делающего человека уязвимым для заражения ВИЧ

Тема 3. Психологические и социальные детерминанты риска заражения ВИЧ.

Поведение человека и эпидемия ВИЧ

Многие заболевания человека в своем развитии, течении и исходе, так или иначе связаны с особенностями поведения, но именно эпидемия ВИЧ привлекла особое внимание исследователей к важности изучения поведенческих детерминант здоровья и болезни. Это обусловлено тем, что инфицирование ВИЧ всегда происходит в контексте поведения, все варианты заражения ВИЧ происходят в контексте той или иной формы рискованного поведения. Можно сказать, что исключения составляют заражение пациента парентеральным путем в результате переливания инфицированной донорской крови или использования медицинским персоналом инфицированного инструментария, а также заражение новорожденного вертикальным путем. Но даже и в этих случаях фактор человеческого поведения не может быть исключен – в случае вертикальной трансмиссии вируса речь идет о поведении матери, а в случае заражения пациентов можно говорить не только о системных факторах, определяющих работу медицинских учреждений, но и о таких поведенческих явлениях как механизмы принятия решений и пр.

Таким образом, исследование поведенческих детерминант риска заражения ВИЧ является одной из центральных задач в сфере контроля за эпидемией ВИЧ. Знание этих факторов имеет первоочередное значение, как для построения индивидуальной

профилактической работы, так и для выстраивания политики профилактики ВИЧ. При этом, необходимо отметить, что рискованное поведение человека может быть обусловлено, как индивидуально-психологическими факторами, так и факторами, относящимся к уровню групп и социальных систем. В рамках этого пособия детерминанты риска заражения ВИЧ будут разделены на три группы по уровням: а) индивидуально-личностный; 2) межличностный; 3) социальный (системный).

Индивидуально-личностные детерминанты риска заражения ВИЧ

Поведение человека в сложных ситуациях социального взаимодействия (а именно к таким ситуациям можно отнести большинство форм рискованного поведения в отношении ВИЧ) определяется значительным числом переменных (от нейробиологических до культурно-исторических) и не может быть сведено к некоей единой формуле. В том числе и на индивидуально-личностном уровне могут действовать самые разные факторы и их многообразные сочетания. Тем не менее, на основании данных современных исследований можно выделить и описать ряд характеристик, делающих человека более уязвимым в отношении инфицирования ВИЧ.

Самым очевидным источником рискованного поведения можно считать ***отсутствие у индивида достоверной информации о путях распространения ВИЧ и о способах индивидуальной защиты.*** В отсутствие базовой информации о ВИЧ индивид может демонстрировать рискованное поведение, потому что не осведомлен о возможном риске. Необходимо особо подчеркнуть, что отсутствие информации об эффективных способах защиты ни в коей мере не снижает риск рискованного поведения, но делает более вероятным заражение ВИЧ, так как не позволяет индивиду защитить себя. Более того, отсутствие достоверной информации приводит к замещению фактов мифами, в том числе и в том, что касается способов профилактики заражения ВИЧ. Специалисты и исследователи, работающие в области превенции ВИЧ сходятся во мнении о том, что

предоставление информации должно быть неотъемлемой частью работы по профилактике ВИЧ. При этом следует понимать, что связь между информированностью и реальным поведением человека далеко не однозначна: то, что человек знает, далеко не всегда определяет то, что человек делает. Таким образом, профилактическая работа не может ограничиваться информированием, но должна адресовать те факторы, которые оказываются более значимыми, чем информация и потому имеют больший «вес» в детерминации рискованного поведения. Некоторые из этих факторов будут рассмотрены ниже.

На индивидуальном уровне к таким факторам могут относиться возрастные и личностные особенности, характеристики ценностно-мотивационной сферы, когнитивные особенности, эмоциональные и психические расстройства.

Возрастные особенности. В контексте обсуждения эпидемии ВИЧ чаще всего говорят об особенностях подросткового и юношеского возраста. Во многом этот интерес исследователей определяется предположением, что значительное число ВИЧ-положительных людей, впервые узнающих о своем диагнозе во взрослом возрасте, скорее всего были инфицированы за несколько лет до этого, часто именно в юношеском или подростковом возрасте (Kalichman, 1998). С чем связана повышенная уязвимость к заражению ВИЧ подростков и молодых взрослых? Среди возможных психологических причин, как правило, называют возрастные особенности поведения, связанного с планированием и прогнозированием (например, предпочтение быстрого вознаграждения в ущерб достижения отдаленных во времени целей), импульсивность, подверженность групповому давлению, чувство собственной физической неуязвимости и т.д.

Личностные особенности. Исследование связи между личностными особенностями и риском инфицирования ВИЧ не относится к центральным направлениям изучения детерминант заражения ВИЧ и, тем не менее, некоторое количество работ по данной тематике ежегодно появляется в специализированных научных журналах.

Наиболее интересным здесь представляются исследования такой личностной характеристики как поиск ощущений (sensation seeking). Традиционно, выраженная потребность в поиске ощущений ассоциируется с выраженностью различных типов рискованного поведения. В свою очередь, поиск ощущений как личностная черта может быть связан с психофизиологическими особенностями индивида (низкий уровень возбудимости). Дальнейшие исследования, объединяющие методы психологии и психофизиологии, позволят точнее определять эту личностную особенность и специфику ее связи с рискованным поведением.

Ценностно-мотивационная сфера. Эта область является одной из наиболее сложных для психологического исследования. Многие из понятий, становящихся предметом изучения в данном случае, являются сложными, комплексными, включающими в себя разные характеристики и процессы. А это значит, что ясность и ценность получаемых результатов здесь во многом зависит от точности рабочих определений, сформулированных исследователем. В области изучения психологических и социальных детерминант риска заражения ВИЧ здесь можно, прежде всего, отметить исследования особенностей мотивационной сферы, в частности экспериментального моделирование принятия решений в ситуации выбора с использованием психологических и нейробиологических инструментов. Сниженная способность к откладыванию gratification чаще всего отмечается исследователями как возможная причина рискованного поведения.

В том, что касается исследования ценностной сферы индивида в контексте исследований риска заражения ВИЧ, то здесь в последние годы отмечается рост исследований таких факторов как религиозность и/или духовность индивида. При этом, необходимо отметить, что результаты этих исследований далеки от однозначности. В первую очередь, это связано со сложностью объективной оценки и измерения таких понятий как «религиозность» и «духовность», а так же со значительными культурными

различиями в исследуемых выборках. Тем не менее, существующие данные позволяют предполагать, что высокая индивидуальная значимость духовной сферы, не формальная вовлеченность в религиозную практику, может служить протективным фактором относительно некоторых форм рискованного поведения.

Говоря о ценностной сфере в контексте исследований риска заражения ВИЧ, необходимо так же остановиться на таком явлении как убеждения индивида. Убеждения – это устойчивые суждения индивида о той или иной области жизни. Эти убеждения могут быть как рациональными, так и иррациональными. В том, что касается риска заражения ВИЧ, особое значение имеют иррациональные убеждения, связанные с ВИЧ. Так, например, человек может верить в действенность тех или иных нетрадиционных методов защиты от ВИЧ или, наоборот, отрицать действенность методов, признанных эффективными (например, считать, что презервативы не защищают от инфицирования и, следовательно, не пользоваться ими). Помимо иррациональных убеждений, непосредственно связанных с ВИЧ, значимыми, с точки зрения риска, могут быть подобные убеждения относительно отношений между людьми (в т.ч. сексуальных отношений). В качестве примера такого убеждения можно привести убеждение о том, что девушке неприлично покупать презервативы и тем более настаивать на их использовании.

Когнитивные особенности. То, какое решение будет принято индивидом относительно стратегии своего поведения, безопасным это поведением будет или рискованным, безусловно, зависит так же и от особенностей его или ее когнитивной сферы. Перспективными в этом направлении являются исследования особенностей оценки риска (risk perception) индивидом в различных обстоятельствах и при взаимодействии с различными людьми.

Психические расстройства. Здесь можно выделить два направления исследований. Во-первых, это исследования факторов риска заражения ВИЧ (и возможных путей профилактики) у людей с тяжелыми психическими расстройствами и нарушениями

развития, не позволяющими правильно оценивать степень риска, выбирать способы защиты и в достаточной мере контролировать свое поведение. Во-вторых, это исследования вклада аффективных расстройств и расстройств тревоги в развитие риска заражения ВИЧ. Последнее направление является более развитым, по этой тематике выполняется значительное количество исследовательских работ. Анализ опубликованных работ позволяет говорить о двух основных механизмах взаимосвязи: а) «самолечение» (в данном случае речь идет о том, что попытки справиться с тяжелым эмоциональным состоянием заставляют индивида обращаться к алкоголю и психоактивным веществам, что, в свою очередь, может повышать риск заражения ВИЧ; и б) депрессивное или тревожное состояние индивида затрудняет межличностные отношения, делает человека уязвимым для манипуляций и давления.

Необходимо ответить, что вышеперечисленные факторы могут встречаться в сочетании, а также вступать во взаимодействие с факторами других уровней - межличностного и системного.

Межличностные (групповые) детерминанты риска заражения ВИЧ.

Риск заражения ВИЧ является индивидуальным, но часто оказывается так, что в детерминации индивидуального риска значимую (а иногда и ведущую) роль исполняют факторы межличностного общения, чаще всего общения со значимыми другими и так называемой референтной группой – социальным окружением человека, к мнению которого он или она прислушиваются в первую очередь.

К межличностному уровню можно отнести факторы риска заражения ВИЧ, обусловленные характеристиками родительской семьи и воспитанием, взаимодействием со сверстниками и динамикой интимных отношений.

Пожалуй, больше всего исследований межличностных аспектов риска заражения ВИЧ посвящено роли взаимодействия со сверстниками и влияния референтной группы у подростков и молодых взрослых. Здесь речь чаще всего идет о групповых нормах и

давлении (peer pressure), которое может испытывать подросток, поступающий не в соответствии с такими нормами. Так, например, если в референтной группе подростка становится модным пробовать наркотические вещества, то ему или ей может быть трудно отказываться от употребления таких веществ. Особенности подросткового возраста, выраженная потребность в идентификации с группой могут в данном случае обуславливать рискованное поведение. Таким образом, профилактическая работа должна быть направлена не только на индивидуальное поведение подростка, его самооценку и способность говорить «нет», но и на группу подростков в целом, на построение групповой идентичности, предполагающей здоровый образ жизни.

Необходимо также отметить, что фактор групповых норм и группового давления относится не только к подростковому и юношескому возрасту. Вклад этих факторов в развитие и поддержание рискованного поведения является значимым на всех этапах развития и, особенно, в замкнутых группах (этнических, производственных, военных и пр.).

Следующим по частоте обсуждения фактором являются характеристики взаимоотношений с интимным партнером. Чаще всего речь идет о проблеме доверия и верности, а также о возможности или невозможности обсуждения использования презервативов. Доверие как психологическая категория стало предметом интереса специалистов в области профилактики ВИЧ тогда, когда стало понятно, что именно фактор доверия интимному партнеру часто обуславливает риск заражения ВИЧ. Исследования показывают, что доверие к партнеру обычно становится причиной отказа от использования презервативов (и, наоборот, предложение использовать презерватив может рассматриваться как выражение недоверия), но при этом доверие к партнеру часто никак не связано с его или ее фактическим поведением (например, наличием других, небезопасных сексуальных связей). Доверие в интимных отношениях наделяется большой ценностью, но часто вместо истинного взаимного доверия друг другу речь идет о страхе

продемонстрировать недоверие и тем самым оттолкнуть партнера (демонстрация недоверия является своего рода табу). Такая динамика взаимоотношений во многом ограничивает взаимодействие партнеров и, в частности, может препятствовать обсуждению сексуальной жизни пары, в т.ч. использование презервативов.

Крайней формой нарушения взаимоотношений в паре является насилие одного партнера по отношению к другому (intimate partner violence). Современные исследования демонстрируют, что насилие со стороны партнера является значимым фактором заражения ВИЧ для женщин.

В заключение необходимо отметить, что негативная динамика интимных взаимоотношений, неспособность пары обсуждать предпочтения и ограничения в сексуальном общении, могут быть связаны с особенностями родительских семей и воспитания, полученного взрослыми людьми, вступающими в интимные отношения. Так, например, можно предположить, что неграмотность, ханжество и собственные психологические проблемы родителей могут приводить к отсутствию адекватного полового воспитания детей, а дезадаптивные паттерны взаимоотношений с партнером могут передаваться из поколения в поколение.

Социальные (системные) факторы риска заражения ВИЧ.

Точно также как на индивида действуют значимые другие, референтная группа с которой он связан, на социальные группы (и индивидов, входящих в них) оказывают воздействие факторы другого порядка – социальные (или системные). Очень часто анализ индивидуального рискованного поведения указывает на то, что находится за пределами личностных характеристик и групповых норм.

В контексте изучения ВИЧ среди значимых системных факторов часто называют культурные нормы, бедность и дискриминационные практики, стигматизацию определенных форм поведения, недоступность информации и ресурсов, а также отсутствие политики в отношении профилактики ВИЧ.

К культурным нормам, обуславливающим риск заражения ВИЧ, относятся, прежде всего, нормы, регулирующие интимные отношения людей и нормы в отношении здоровья и получения медицинской помощи. Если эти нормы препятствуют коммуникации, ограничивают доступ к профилактике, то они способствуют возрастанию риска заражения ВИЧ. В частности, с местными культурными нормами могут быть связаны так называемые мифы о ВИЧ/СПИД. Мифы о ВИЧ – это стойкие, иррациональные представления, которых придерживается большое количество людей, относящихся к той или иной культуре, и которые способствуют развитию эпидемии. В качестве примера можно привести следующие мифы:

1. Миф о том, что ВИЧ не существует. Эта популярная, псевдонаучная теория заговора фармацевтических корпораций нанесла и продолжает наносить огромный вред усилиям по профилактике ВИЧ. Идея о том, что ВИЧ не существует приводит к отказу от тестирования на ВИЧ, дальнейшему распространению инфекции и росту смертности больных из-за отказа от антивирусной терапии.
2. Миф о том, что половой акт с девственницей излечивает от ВИЧ. Аналогичный миф существовал в эпоху эпидемии сифилиса в Европе. На современном этапе он значительно способствовал росту сексуального насилия в отношении девочек и женщин (с последующим заражением ВИЧ) в странах южной Африки и некоторых других регионах.
3. Миф о том, что ВИЧ болеют только наркопотребители и проститутки. Миф о том, что ВИЧ строго привязан к неким узким и замкнутым социальным группам, снижает интерес к профилактике и способствует росту распространения ВИЧ во всех слоях общества.

Помимо культурных норм и мифов в отношении ВИЧ, распространению заболевания могут способствовать бедность населения и дискриминационные практики. Бедность традиционно связывается со многими проблемами и эпидемия ВИЧ не является исключением. Бедность сопряжена со стрессом, низким уровнем образования, скученным проживанием и ограничением доступа к информации и ресурсам (в т.ч. медицинским). В

условиях бедности активно действуют все групповые и системные факторы, делающие человека уязвимым по отношению к ВИЧ. В свою очередь, дискриминация тех или иных групп приводит к их маргинализации и вытеснению из пространства получения информации и помощи, а поскольку ни одна социальная группа не бывает полностью изолированной от других и вирусы не знают условных разграничений, установленных человеком, то дискриминационные практики и стигматизация способствуют распространению эпидемии ВИЧ в обществе в целом.

И, наконец, можно говорить о том, что отсутствие в обществе политики в отношении ВИЧ, ограничивает усилия по профилактике эпидемии и затрудняет доступ индивидов к необходимой информации и ресурсам.

Контрольные вопросы к теме:

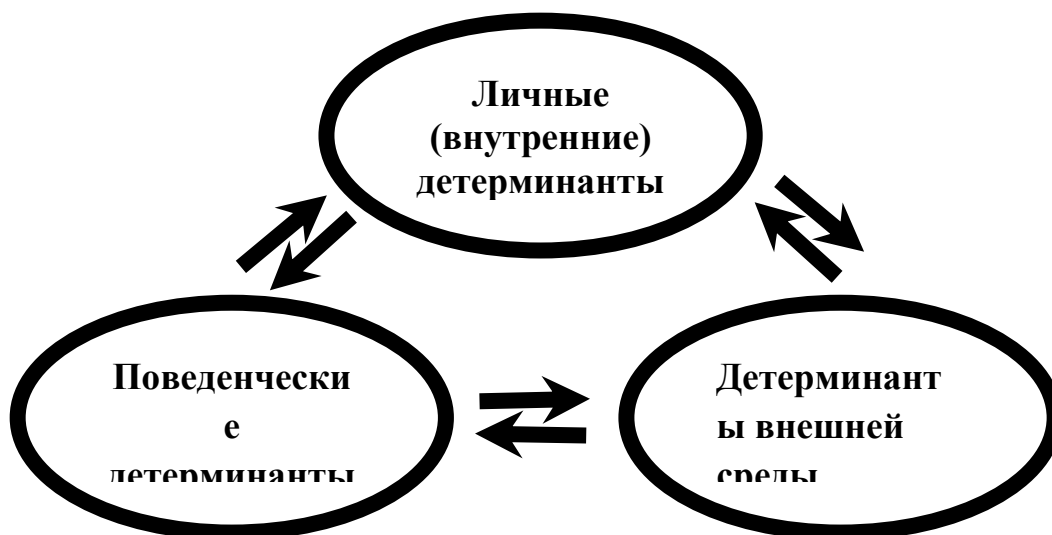
1. На какие три уровня делятся детерминанты риска заражения ВИЧ?
2. Какие индивидуально-личностные особенности могут повышать риск заражения ВИЧ?
3. Приведите пример мифа о ВИЧ и опишите его негативные последствия.

Тема 4. Теоретические подходы и модели превенции ВИЧ/СПИД.

Наибольшее влияние на разработку и внедрение превентивных программ в сфере здоровья, в том числе в отношении ВИЧ/СПИД, в США и других западных странах, в которых психология здоровья как отдельное направление сформировалась гораздо раньше, чем в нашей стране, оказали следующие теоретические подходы и модели.

Социально-когнитивная теория (Social Cognitive Theory) Bandura, известная также как **теория социального научения (Social Learning Theory)**. Социально-когнитивная теория основывается на допущении, что поведение, влияние окружающей среды, установки и убеждения, в высшей степени, взаимозависимы и взаимообусловлены. Таким образом, следует говорить о тройственной функциональной зависимости между поведением, внутри личностными факторами, включая когнитивные, аффективные и биологические

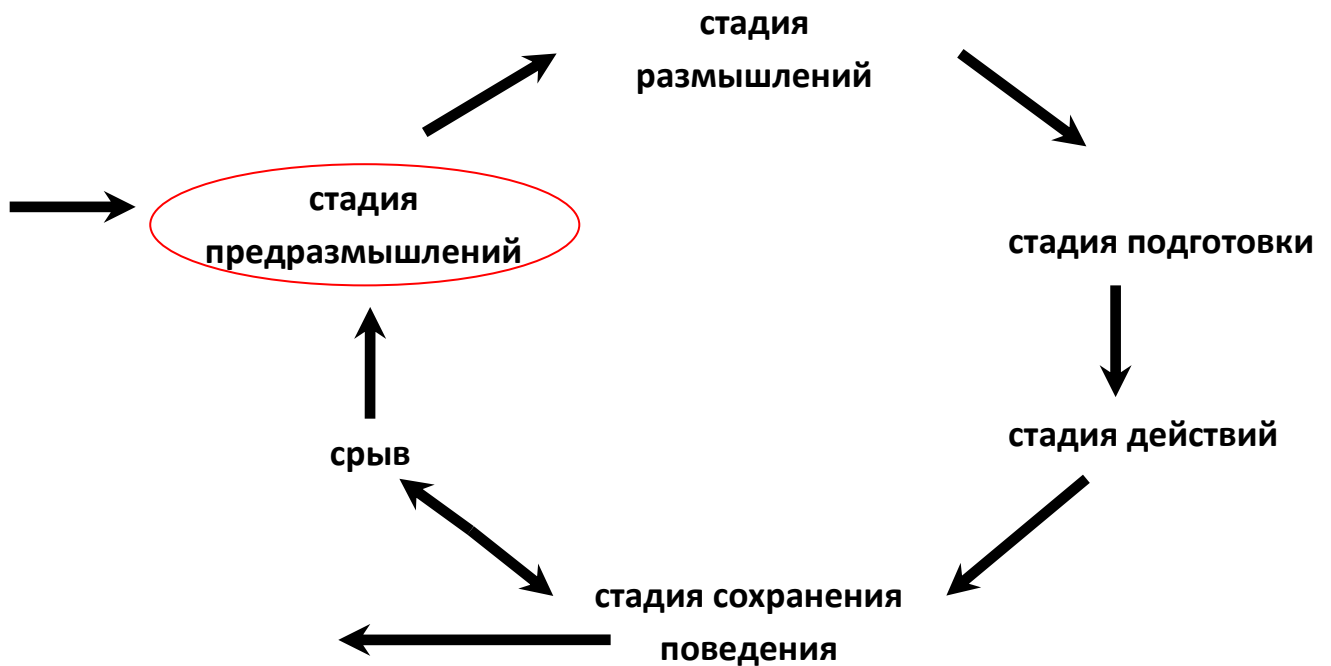
процессы, а также внешним окружением. Центральное место в социально-когнитивной теории занимают убеждения, связанные с «саморезультативностью», определяемой как способность индивида организовать и исполнить последовательность действий, требуемых для достижения определенного результата.



Социально-когнитивная теория заявляет, что поведенческие изменения являются прямым результатом наблюдений и интерпретаций поведенческих актов. Поведенческие программы, направленные на охрану здоровья, в том числе, превенцию ВИЧ/СПИД и базирующиеся на основе данной теории, обычно нацелены на четыре интерактивных детерминанты поведения. Во-первых, поведенческое изменение требует точной информации, необходимой для повышения осознания риска и получения реальных знаний и риске, связанном со специфическими рискованными действиями. Во-вторых, индивидуумы должны обладать социальными навыками и навыками самоуправления, позволяющими им действовать эффективно. В-третьих, превентивные поведенческие изменения требуют наработки навыков и развития чувства «саморезультативности», что обычно достигается через управляемую практику и корректирующую обратную связь. Наконец, поведенческое изменение для своей реализации требуют социальной поддержки и подкрепления. Таким образом, интервенции, построенные на когнитивных и поведенческих принципах, включают в себя изменения на уровне знаний и установок,

которые, в свою очередь, ведут к изменению мотивации; развитие и подкрепление желаемого поведения, ориентированного на снижение риска и формирование чувства «саморезультативности», позволяющей достичь изменений поведения. Превентивные программы, разработанные в рамках данной теории, обычно включают в себя 4 компонента: 1) образовательный; 2) повышение чувствительности к опасности; 3) повышение мотивации к изменению поведения; 4) формирование и тренировка навыков желаемого поведения, включая моделирование ситуаций, обсуждение трудностей и преимуществ, осознание индивидуальных барьеров, обеспечение возможностей для тренировки новых навыков и обратной связи. Социально-когнитивная теория широко и успешно применяется при исследовании факторов риска и разработке превентивных интервенций для решения различных проблем в сфере здоровья детей и взрослых в разных странах, включая превенцию ВИЧ/СПИД в различных группах населения, изучение сексуального поведения студенческой молодежи, превенцию табакокурения, исследовании физического и сексуального агрессивного поведения детей, разработку тренинговых программ для увеличения приверженности взрослых к занятиям физическими упражнениями, программы формирования положительных жизненных перспектив у больных раком, программы превенции производственного травматизма, особенности пищевого поведения женщин-матерей и др.

Транстеоретическая модель стадий изменений поведения (Transtheoretical Model of Stages of Changes). Транстеоретическая модель была разработана как попытка исчерпывающего описания процессов изменения, которые происходят в разных поведенческих областях Prochaska с коллегами (1982). Стадии, ведущие к изменению поведения, которые впервые были выделены на основе сравнительного анализа ведущих систем психотерапии, структурируются таким образом, чтобы представить континуум процессов изменения от неизменного состояния до готовности к изменению разной степени мотивированности и собственно желаемого поведения.



Первой стадией процесса изменения является предразмышление, когда человек еще серьезно не задумывается о потенциальной проблеме и не имеет намерений меняться. Вторая стадия, размышление, имеет место тогда, когда индивид признает необходимость изменения поведения и намерен это сделать. За этим следуют стадия подготовки, планирования и готовности к действию, стадия действий, реализующаяся в попытках поведенческих изменений. Наконец, стадия сохранения желаемого поведения характеризуется усилиями, направленными на поддержание достигнутых поведенческих изменений. Динамика и скорость последовательного продвижения по стадиям у разных людей варьируется в зависимости от особенностей поведенческих изменений. Модель также учитывает то обстоятельство, что в процессе формирования поведенческих изменений возможны возвраты на предыдущие стадии. Подобно теории осознанных (обоснованных, мотивированных) действий транстеоретическая модель подчеркивает первичность когнитивных процессов. Стадии осмысления поведенческих изменений рассматриваются, как процесс эволюции намерений в осознание необходимости изменить поведение. Повышение осознания здесь является тем процессом, который движет личность от предразмышления к размышлению, тогда как критичность самооценки

продвигает индивида от размышления к подготовке и планированию. Усиливающееся управление и стимулирующий контроль движет индивидом в период, когда он совершает конкретные действия и далее к этапу сохранения изменений. Транстеоретическая модель предлагает широкий спектр целевых поведенческих результатов и предполагает, что при планировании интервенции необходимо принимать во внимание статус индивида на каждом этапе процесса изменения. Таким образом, теория дает возможность разрабатывать интервенцию, специально ориентированную на индивидуальную готовность личности к изменению. Интервенционные стратегии, ориентированные на определенную стадию изменений, помогают человеку продвинуться на следующую стадию изменений, и так до тех пор, пока не достигается стадия уверенного сохранения и поддержания желаемого поведения.

Интервенция, предназначенная для продвижения человека со стадии предразмышления на стадию размышления, предполагает в качестве результата осознание необходимости изменить свое поведение, результатом же интервенции для людей, находящихся на стадии размышления должны стать усиления намерений к изменению поведения. На этой стадии, чрезвычайно важно формировать убеждение индивида в том, что поведенческое изменение является единственным способом достижения желаемого результата. Для людей, находящихся на стадии готовности к действию целесообразным результатом интервенции должно стать изменение поведения. Транстеоретическая теория оказала влияние на разработку многих программ, направленных на снижение риска ожирения, психологического дистресса, табакокурения, заражения инфекциями передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию.

Модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model). Эта модель впервые была предложена в 1950-х годах для объяснения индивидуального поведения людей в процессе обращения за медицинской помощью и лечения, а также, причин, по которым

люди не участвуют в общественных мероприятиях и медицинских программах направленных на укрепление здоровья Rosenstock, Strecher и Becker (1994).

Модель убеждений в отношении здоровья разрабатывалась в рамках традиционной социальной психологии. Одно из главных предположений, лежащих в основе этой модели, заключается в том, что восприятие личной угрозы является необходимой предпосылкой для изменения поведения. В данном случае это понимание последствий своего поведения в плане сохранения или нарушения своего здоровья.

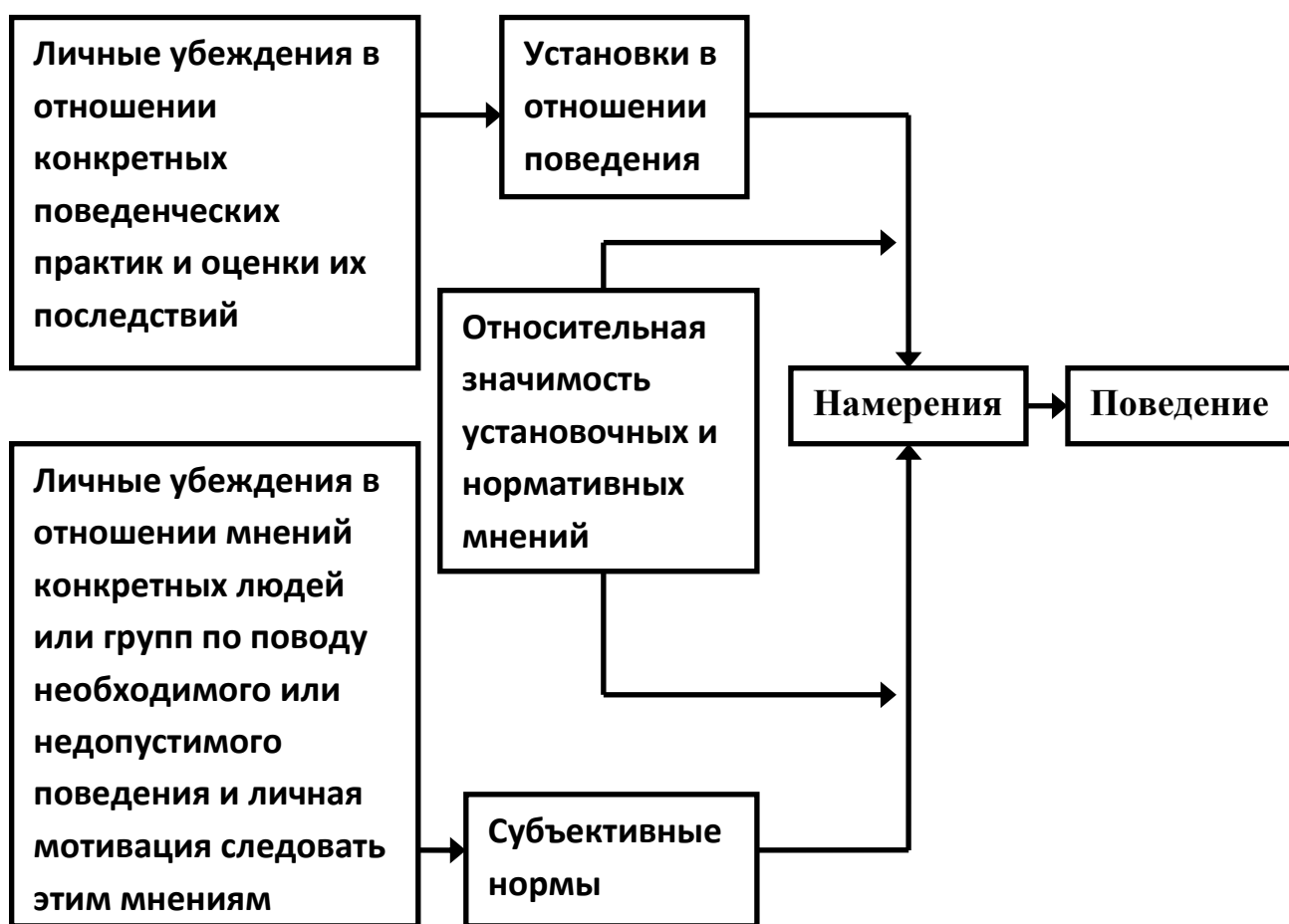
В содержательном плане, модель убеждений включает в себя четыре основных компонента: 1) индивидуальные различия, влияющие на поведение; 2) восприятие и осознание угрозы для здоровья; 3) ожидания в отношении реализации действий, что включает в себя осознание преимуществ, барьеров и затрат; 4) объективные и субъективные, факторы реализации желаемого поведения.

Механизмом изменения поведения являются **убеждения** человека относительно личного риска и ожидаемых последствий, обуславливающие готовность к действиям. Таким образом, для того, чтобы добиться изменения поведения необходимо изменить систему убеждений. Убеждения и оценки предполагаемой угрозы для здоровья опосредуются совокупностью внешних и внутренних факторов.



Среди внешних (объективных) следует выделить происходящие события - сообщения в прессе и другие источники информации или обнаружение ВИЧ-инфекции, СПИД у кого-то из знакомых. Среди субъективных (внутренних) выделяются социально-демографические характеристики человека и характеристики состояния человека. Исследования показали, что эта модель приложима к поведению имеющему отношение к снижению риска заражения ВИЧ-инфекцией, когда осознание угрозы, ожидаемые результаты действий и факторы, способствующие желаемому поведению, реализуются в стремлении индивида предпринять шаги к снижению личного риска. Модель убеждений в отношении здоровья является одной из самых востребованных до настоящего времени

среди исследователей и специалистов в области психологии здоровья и поведенческой эпидемиологии в разных странах. Она неоднократно проверялась и доказала свою приемлимость для использования в различных культурах, а также эффективность при организации социально-психологического сопровождения и разработке различных интервенций как в отношении инфекционных заболеваний, так и хронических или врожденных **Теория обоснованных или мотивированных действий (Theory of Reasoned Actions)**. Данная теория создавалась Fishbein и Ajzen (1975) для объяснения поведения и часто применялась к широкому спектру поведения, имеющему отношение к здоровью.



Главное авторы видят в когнитивных процессах, особенно, **установках личности**, касающихся поведения и осознанных норм поведения. Установки проявляются в намерениях и реализации желаемого поведения. На установки оказывают влияние, в свою очередь, социальный контекст и индивидуальный опыт. Поведенческие изменения

связываются с лежащими в их основе установками и убеждениями. Установки и убеждения, разделяемые членами сообщества, или социальные нормы, служат важной социальной силой, влияющей на намерения и поведение. По мнению авторов, каждый поведенческий акт должен рассматриваться как независимая целостность со своими собственными детерминантами, вероятностными составляющими и ценностями. Точность определения исследуемых поведенческих актов особенно важна в этой теории, поскольку определение специфичности поведения позволяет определить намерения и очертить определяющие их установки. Fishbein с соавторами так описали цель определения различных поведенческих актов в их отношении к контексту и времени: Каждое действие ориентировано на какую-то цель, происходит в данном контексте и в данной временной точке. Хотя можно было бы прийти к более общим поведенческим критериям, обобщив один или более элементов, изменение любого из компонентов (времени, контекста, цели или действия) ведет к необходимости нового определения данного поведения. Например, применение презерватива в супружеской жизни представляет собой поведение, отличное от использования презервативов со случайными партнерами (меняется контекст). Поведение, таким образом, является функцией тщательной обработки информации, доступной человеку в данном контексте в данный период времени. Теория осознанных (обоснованных, мотивированных) действий также основывается на допущении, что поведение находится под прямым контролем индивида, поскольку обусловлено волевой природой намерений. Однако, существует множество случаев, когда у индивида отсутствует прямой контроль над своими действиями. Данная теория не дает объяснения подобных случаев. С целью преодоления такого ограничения позднее (1980) авторами была предложена **теория спланированного поведения (Theory of planned behavior)**, в рамках которой утверждается, что осознанный контроль является центральной составляющей, объясняющей поведенческие изменения. В тех же ситуациях, когда контроль над действиями ограничен или воспринимается как ограниченный, анализируя

поведения человека необходимо учитывать не только представления о поведении, установки, нормы, намерения, но и субъективные представления о возможностях контролировать ситуацию и свои действия. Теория спланированного поведения активно используется в исследованиях детерминант рискованного поведения в сфере здоровья и эффективных программах превенции различного профиля. В частности, в исследованиях факторов табакокурения у молодых людей, при изучении детерминант физической активности у больных различными видами рака, детерминант нарушения правил дорожного движения, включая использование ремней безопасности и превышения скорости движения, детерминант соблюдения гигиенических норм, например, мытья рук у поставщиков продуктов питания и детерминант физической активности у представителей различных групп населения и др.

Экологическая теория (Ecological Theory). Экологический подход в превенции рискованного поведения в сфере здоровья позволяет полнее представить и понять факторы, которые детерминируют поведение человека, и которые необходимо учитывать при разработке эффективных превентивных технологий посредством формирования превентивного социального окружения. Данная модель принимает во внимание не только поведение личности, но и детерминанту окружающей среды. В данном случае окружающая среда («environment») рассматривается как любое внешнее пространство по отношению к индивиду, как социальное, так и физическое. Таким образом, с точки зрения экологической модели, констатируя факт взаимной причинной обусловленности между личностью и средой, при разработке программ профилактики ВИЧ/СПИД необходимо рассматривать взаимовлияние окружающей среды и индивида. Анализ литературных источников продемонстрировал, что элементы экологического подхода в области изучения поведения и охраны здоровья использовались достаточно широко. Также стоит отметить, что из анализа существующей литературы, мы пришли к пониманию того, что при использовании экологического подхода окружающую среду необходимо разделить на

несколько уровней, которые будут использованы как отправные точки для анализа и оценки различных факторов, оказывающих влияние на данную структуру. А при осуществлении соответствующих вмешательств необходимо не только учитывать выявленные факторы, но также – на каком уровне предложена программа профилактики ВИЧ/СПИД, и как она согласована с тем, что осуществляется на других анализируемых уровнях экологической модели. В работах Бронфенбреннера была предложена четкая и структурированная модель, в которой было уделено внимание и поведению, и его индивидуальным детерминантам, и детерминантам окружающей среды с экологической точки зрения. В экологической модели Бронфенбреннера рассматриваются **микро-, мезо-, экзо- и макросистемы** как уровни окружающей среды, оказывающие влияния на поведение. К **микросистеме** относится влияние оказываемое на индивида непосредственно при взаимодействии внутри конкретной семьи, неформальной социальной сети, или рабочего коллектива. **Мезосистема** включает в себя взаимодействия между системами микросистем, в которые индивид включен. Данная система может включать в себя семью, школу, сверстников и церковь. К **экзосистеме** относятся процессы, возникающие в большей социальной структуре, в которой находится индивид. Например, это может быть уровень безработицы, который влияет на экономическую стабильность. **Макросистема** включает в себя влияние социальных или культуральных норм, религиозных убеждений, ментальности, которые воздействуют как на микро-, так и на макро-системы.

Для описания возможных областей внедрения программ профилактики ВИЧ/СПИД на различных уровнях функционирования общества и факторов, влияющих на нее, мы применили модифицированную экологическую модель Бронфенбреннера с учетом работ других исследователей. По результатам анализа существующей литературы представляется возможным предложить следующие факторы, которые оказывают влияние на разработку и внедрение программ профилактики ВИЧ/СПИД.

1. Интраперсональные факторы – такие характеристики личности как знания, установки, поведение, самооценка, навыки и т.д. Данные факторы включают в себя историю развития личности.

2. Интерперсональные процессы и первичные группы – формальные и неформальные социальные сети и системы социальной поддержки, включающие в себя семью, рабочий коллектив, ближайшее окружение.

3. Институциональные факторы – социальные институты с организационными характеристиками, формальные и неформальные правила и нормативы, принятые в данной деятельности.

4. Факторы на уровне сообщества – взаимоотношения между организациями, институтами, и неформальными социальными сетями.

5. Факторы на уровне государственной политики – законы и законодательные акты, а также установки на уровне местного самоуправления, региональной политики и политики государства.

Анализ данных факторов, оказывающих влияние на осуществление программ профилактики ВИЧ/СПИД, позволяет сфокусировать наше внимание как на индивидуальных (личностных) факторах, так и на факторах окружающей среды. Это, в свою очередь, позволяет сформулировать нам комплекс вмешательств, направленных на изменения на уровне индивида, на межличностном уровне, на институциональном уровне, на уровне сообществ и на уровне государственной политики.

При вмешательстве на **интраперсональном уровне** возможно использовать множество стратегий, таких как: образовательные программы, информирование через средства массовой информации, создание групп поддержки или групп самопомощи, консультирование, в том числе и консультирование равный-равному. В тоже время

необходимо понимать, что целью вмешательства является не столько непосредственно индивид, сколько характеристики личности, такие как знания, установки, навыки, стремление следовать поведенческим нормам. Различение уровня и цели вмешательства – одно из ключевых аспектов экологической модели.

На **интерперсональном уровне** межличностные взаимодействия с членами семьи, друзьями, соседями, знакомыми и коллегами по работе – важнейший источник влияния на поведение индивида и на его личностное развитие. В тоже время, при вмешательстве на интерперсональном уровне основное внимание уделяется изменению индивида через социальное влияние (например, через давление со стороны членов своего круга), но не через изменение норм или самих групп, к которым индивид принадлежит.

Учитывая, что большинство людей проводят от одной трети до половины своей жизни в стенах организационных структур – в школах, университетах, на рабочих местах – необходимо признать, что **институциональный уровень** очевидно оказывает мощное влияние на индивида и на его личностное развитие. Данный уровень является важнейшим источником и передатчиком норм и ценностей, в частности через социализацию в корпоративную культуру. Такие организации как профсоюзы, товарищества собственников жилья, добровольческие организации и т.д. могут служить связующими структурами с большими политическими и экономическими институтами общества. Основные стратегии, которые возможно использовать на данном уровне, включают в себя такие мероприятия как: стимулирование, супервизию, соревновательность, изменение условий труда, структурные изменения в организации. В тоже время, необходимо учитывать, что данные мероприятия должны осуществляться на долгосрочной основе, чтобы они возымели эффект на институциональном уровне и, в принципе, повлияли на всю систему в целом. Данное замечание распространяется на все уровни воздействия в рамках экологической модели без исключения.

Осуществляя вмешательство **на уровне сообщества** необходимо учитывать, что сообщество – это не только лишь совокупность индивидов, разделяющих общие демографические или географические характеристики, а, в первую очередь, взаимоотношения между этими индивидами, а также взаимоотношения с другими организациями и институтами. Пренебрежение к вариативности, которая существует в пределах определенных географических областей в ценностях, нормах, установках, культуре и ментальности, может уменьшить приемлемость наших вмешательств в пределах определенных группах населения. Эта вариативность не случайна, однако связана с определенными социальными сетями и субкультурами. Степень, в которой наши вмешательства находятся в противоречии или поддерживают нормы и ценности того или иного сообщества, является степенью, в которой мы можем ожидать, что определенные субгруппы в сообществе отвергнут или поддержат наши модели вмешательства.

Важнейшая из особенностей вмешательства **на уровне государственной политики**, кроме акцента на здоровье населения страны в целом, а не на здоровье индивида, является использование регулирующей политики, законов, нормативных актов и целевых программ в целях защиты здоровья сообщества. Органы государственной и региональной власти, а также органы местного самоуправления могут способствовать общественной осведомленности в вопросах здоровья, а также повышать образовательный уровень населения в области влияния на общественно-политический процесс (лоббирование интересов сообщества, организация коалиций, общественный контроль принятия политических решений, а также участие в процессе принятия решений на местном, региональном и государственном уровне).



В предложенной стратегии при разработке и внедрении программ профилактики ВИЧ/СПИД на различных экологических уровнях функционирования общества (на уровне индивида, на межличностном уровне, на институциональном уровне, на уровне сообществ и на уровне государственной политики) позитивные социальные перемены могут быть достигнуты только благодаря преобразовательной деятельности, осуществляемой одновременно на всех уровнях. Причем в идеале преобразования, происходящие на разных уровнях, должны быть связаны единой логикой. В настоящее время большинство программ профилактики ВИЧ/СПИД разрабатывается и осуществляется без учета взаимовлияния данных уровней. Более того, даже внутри названных уровней не существует четкой и единой логичной системы в осуществлении профилактики ВИЧ/СПИД. Основные принципы экологической теории согласуются с принципами социально-когнитивной теории Bandura утверждая, что для продвижения превентивного или здоровьесберегающего поведения необходимо создание соответствующего окружения или среды (Bandura, 1986, Grzywacz et al., 2000). В качестве примера приложения экологической модели можно привести проблему эпидемии ожирения в США и других

развитых странах, в превенции которой большое внимание уделяется изучению и продвижению здоровьесберегающих факторов на уровне сообщества и окружающей среды, в частности, снижению широкого распространения учреждений быстрого питания (fast-food), предлагающих высококалорийную и жирную пищу или пропаганду хождения пешком (Story et al., 2008, Webb et al., 2007). Разновидность экологической модели **теория социального действия (Social Action Theory)**, предложенная Craig Ewart, предлагает делать акцент на внедрении того или иного вмешательства (1991). В этой модели, средовые и межличностные факторы последовательно детерминируют формирование индивидуального поведения. Особое внимание уделяется таким детерминантам как стигматизация и дискриминация той или иной группы населения или лиц, приверженных определенным поведенческим практикам.

Контрольные вопросы к теме:

1. Какие теоретические модели используются при разработке и внедрении программ профилактики ВИЧ/СПИД?
2. В чем специфика социально-когнитивного подхода?
3. Какая модель считает установки и убеждения ключевым фактором изменения поведения?
4. В чем специфика экологической модели?

Тема 5. Подходы, виды и уровни превенции ВИЧ/СПИД.

Превенция vs. профилактика

В сфере здравоохранения термины «профилактика» (prophylaxis) и «превенция» (prevention) по своему значению являются, строго говоря, синонимами и означают комплекс мероприятий, направленных на предотвращение возникновения заболеваний и их обострений. Использование в контексте проблемы ВИЧ/СПИД термина «превенция» с нашей точки зрения кажется более обоснованным по нескольким причинам. Многолетний

опыт отечественного здравоохранения и просвещения характеризуется редуцированием профилактики социально-значимых заболеваний исключительно к образовательному компоненту, информированию и, по сути, не соответствует актуальным задачам совладания с эпидемией ВИЧ/СПИД и данным клинических исследований эффективности различных профилактических мероприятий. Использование термина «превенция» позволяет подчеркнуть значение активного компонента профилактических вмешательств, включая активное участие объектов превенции в разработке и внедрении интервенций. Понятие «превенция» безусловно содержит образовательный компонент, но главным, с нашей точки зрения, является активное вмешательство в ситуации в обществе или поведении группы людей или конкретного человека для достижения цели предотвращения заражения. Третье основание для использования термина «превенции» связано с необходимостью интеграции отечественных ученых и практиков в современной международное профессиональное пространство, в котором данная терминология является более распространенной.

Подходы к профилактике социально-значимых заболеваний, включая ВИЧ/СПИД

В мировой и отечественной практике профилактики и борьбы с различными социально-значимыми заболеваниями (наркомании, алкоголизм, табакокурение, ИППП, ВИЧ и др.) выделить несколько подходов.

Специалисты разных стран выделяют 2 основных подхода в профилактике рискованного поведения в области здоровья.

1 подход – Репрессивный или запретительный заключается в ужесточении контроля и усилении репрессивной политики относительно того или иного вида рискованного поведения, уязвимых групп населения и лиц, страдающих от социально-опасных инфекций. Примерами репрессивного подхода в области здоровья являются: создание лагерей для изоляции заболевших сифилисом или проказой, криминализация употребления наркотиков вплоть до смертной казни, принудительное лечение от

наркомании и алкоголизма, обязательное предоставление справок о ВИЧ при получении виз и приеме на работу. Применительно к проблеме наркомании, которая имеет серьезное эпидемиологическое значение для распространения ВИЧ в России, данный подход по-прежнему доминирует в нашей стране, что имеет значительные негативные последствия. В США и странах Западной Европы данный подход наиболее активно реализовывался в 1950-70-х годах. В медицинской сфере в советское время активно использовался метод принудительной абстиненции, т.е. строгой изоляции наркоманов от наркотиков в закрытом лечебном учреждении. В крайней степени данного подхода любое немедицинское употребление наркотиков является уголовно наказуемым деянием (например, в Сингапуре и Малайзии все операции, связанные с наркотиками караются смертной казнью). В области профилактики данный подход фокусируется на выработке страха по отношению к ВИЧ-инфекции, употреблению наркотиков, алкоголя или табака, подчеркивается серьезная опасность заболеваний, запрет на рискованные поведенческие практики, включая наркопотребление, секс является ключевым понятием. Запретительная политика давно и активно применяется в России в отношении сексуального поведения, что проявляется в продвижении идеи полного воздержания как единственной профилактической стратегии и отсутствии государственной политики и научно-обоснованных образовательных программ в области сексуального просвещения для детей и юношества. В отношении превенции ВИЧ/СПИД репрессивный подход выражается в традиционном характере тестирования на ВИЧ (недобровольность; отсутствие до- и после-тестового консультирования; стигматизация и отсутствие сопровождения ВИЧ-инфицированных). Несмотря на то, что на структурном уровне применение репрессивного подхода может давать положительные результаты (пример: ограничение продажи алкоголя и табака), на социальном и психологических уровнях он оказывается неэффективным. Ограничениями и негативными последствиями репрессивного подхода являются: формирование стигматизации и дискриминации лиц, ассоциированных с

проблемой ВИЧ/СПИД; противоположный эффект при использовании страха как единственного компонента вмешательства, особенно, среди подростков и молодежи; уход наиболее уязвимых групп в «подполье»; отсутствие безопасной среды для получения информации и обсуждения тематики, связанной с сексом, наркотиками и т.п.; в случаях лечения неприменим и имеет противоположный эффект - принуждение не способствует формированию мотивации, без которой лечение неэффективно.

2 *подход – Либеральный*, заключается в либеральном отношении к рискованному поведению и людям, которые его практикуют. Например, подчеркивается тот факт, что ВИЧ-инфекция или наркозависимость являются, в первую очередь, болезнями, а также необходимость гуманного отношения к заболевшим. Наиболее ярко либерализации отношения к ВИЧ-инфицированным, а также потребителям наркотиков прослеживается в странах Западной Европы, Северной Америки, Австралии. Спектр превентивных действий в рамках данного подхода варьируется от декриминализации немедицинского потребления наркотиков (т.е. наркотики остаются нелегальными, но потребление без цели изготовления и сбыта уголовно не преследуется) до легализации некоторых наркотиков (так называемых «мягких»). В России в настоящее время потребление наркотиков уголовно не преследуется. Но медицинские и полицейские практики в значительной степени транслируют негативное отношение к потребителям наркотиков, которые зачастую не обращаются за помощью (тестированием, лечением и т.п.) из-за опасений столкнуться с дискриминацией и другими видами социальных рисков. В рамках либерального подхода и в связи со стремительно растущей эпидемией ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков активно реализуются так называемые программы «снижения вреда» («harm reduction»), которые предполагают профилактические мероприятия с целью поэтапного снижения негативных последствий от употребления наркотиков для здоровья с долговременной целью отказа от наркопотребления. Наибольшие дискуссии в обществе вызывают низкопороговые

программы «снижения вреда», такие как обмен шприцев и наркозаместительная терапия, несмотря на то, что многолетние исследования применения подобных программ среди наркопотребителей с большим стажем показывают их эффективность с точки зрения индивидуального и общественного здоровья (например, снижение темпов заражения ВИЧ-инфекцией и другими опасными заболеваниями). Также большие дискуссии в России вызывают программы сексуального воспитания и профилактические тренинги, направленные на превенцию рискованного сексуального поведения для несовершеннолетних. Отсутствие подобных программ в детских образовательных учреждениях приводит к печальным последствиям для здоровья детей и юношества на этапе начала экспериментирования в сфере сексуального поведения.

Применительно к разработке и форме реализации конкретных мероприятий в области профилактики также можно выделить 2 основных подхода.

Информационный подход заключается в информировании людей о проблеме и небезопасном для здоровья или рискованном поведении. Например, передача информации о ВИЧ, наркотиках и негативных последствиях наркопотребления выглядит как систематические попытки оказать позитивное воздействие на привычки и поведение, связанные со здоровьем больших популяций, через различные средства массовой коммуникации. Информация может касаться путей передачи ВИЧ-инфекции, видов рискованного поведения в отношении ВИЧ, рисков, связанных с рискованным сексуальным поведением и употреблением наркотиков, количественных данных о ВИЧ-инфицированных, способов лечения ВИЧ и т.д. Расцвет данного подхода в области профилактики в мире приходится на 80-е годы. Безусловно, данный подход имеет свои корни в традиционном санитарном просвещении. Санитарное просвещение, в том виде в каком оно практиковалось в СССР, США и других странах, было чрезвычайно дидактично. Специалисты различного рода брали на себя роль учителей – консультировали пациентов, посещали школы, выступали перед общественностью и т.п.

Современная система передачи информации, касающейся здоровья, может включать в себя все эти виды деятельности, но основным объектом ее является поведение и те социокультурные факторы, которые формируют его, и поэтому она использует разнообразный набор средств массовой информации (газеты, телевидение, радио, специализированная печатная продукция, интернет, социальная реклама и т.д.) с тем, чтобы попытаться охватить как можно более широкие слои общества. Информация может быть нацелена на поведение отдельных лиц в отношении своего здоровья (индивидуальный уровень контроля) или ставить целью воздействие на социальные нормы поведения общественных групп. Существуют информационные программы, направленные на улучшение качества социального или медицинского обслуживания, а также сфокусированные на оказании воздействия на лиц, принимающих управленческие решения. Информационный подход должен носить междисциплинарный характер и объединять усилия специалистов разных областей (медицины, психологии, социологии, журналистики, рекламы и коммерческой деятельности).

По мнению специалистов, следующие характеристики должны быть присущи информационным программам для того, чтобы добиться максимальной эффективности:

1. Сообщения должны быть адресованы и «уму» и «сердцу». Рациональные сообщения менее стимулируют аудиторию и больше подходят для развернутых печатных публикаций. Эмоциональные сообщения лучше могут привлечь внимание безразличных лиц. Реклама, касающаяся здоровья, в частности, более эффективна, когда она не только информативна, но также носит развлекательный или драматический характер. Это особенно важно для программ, предназначенных для молодежной аудитории, а также для широко распространенных моделей поведения (например, употребление спиртных напитков и курение).
2. Реалистичность целей программы. Серьезные сдвиги в поведении больших групп людей не протяжении короткого промежутка времени нереалистичны. Промежуточные

цели (такие как, приобретение знаний и изменение отношения) часто служат гораздо более реалистичными индикаторами успеха на коротком временном отрезке.

3.Информация должна содержать понятное аудитории и простое описание проблемы и моделей желательного поведения.

4.Доступность и высокое качество услуг (образовательных, медицинских, психологических, социальных), если информационная программа направлена на увеличение использования определенных ресурсов.

5.Информационная кампания имеет больше шансов на успех, если опирается на базовые общественные организации, обеспечивающие социальную и организационную поддержку изменения личностного поведения. В ВУЗе, например, таковыми могли бы являться студенческие советы факультетов, общежитий, студенческие научные общества.

6.Программа имеет больше шансов на успех, когда стратегия передачи информации базируется на формативном (этнографическом) исследовании. Разработка программы является процессом, сконцентрированным вокруг аудитории, на которую она направлена.

Успешные программы отвечают потребностям и соответствуют ситуации в своей аудитории – ее чаяниям и предпочтениям, ожиданиям и интересам, ее чувствам, мыслям и действиям. Интуитивного знания аудитории недостаточно. Только систематические исследования, проводимые с начала разработки программы, позволяют получить ту информацию, которая нужна для разработки успешной стратегии, постановки реалистичных задач и создания структуры и творчески сформулированного сообщения.

Психосоциальный или воспитательный подход подчеркивает необходимость развития определенных психологических навыков, опыта сопротивления или отказа от нежелательных сексуальных контактов, употребления наркотиков, противостояния групповому давлению, конструктивных способов разрешения кризисных и конфликтных ситуаций, уверенного безопасного поведения. Данный подход не противопоставляется информационному. Речь идет о том, что знания о ВИЧ/СПИД, наркотиках и негативное

отношение к поведенческим рискам должно быть подкреплено успешным опытом и конкретными навыками и умениями здоровьесберегающего поведения. Данный подход активно развивается в настоящее время. Как было упомянуто выше, использование термина «превенция» в значительной степени связано со стремлением подчеркнуть роль активного включения тех, на кого направлена профилактика в профилактический процесс. Превентивная психосоциальная технология может быть эффективна только в случае ее направленности на три ключевые сферы становления личности: когнитивную (познавательную), аффективную (эмоциональную) и практическую (навыки и умения). Это особенно важно при работе с развивающейся личностью, когда у нее формируется характер, потребности, ценностные ориентации и мотивы. Именно на этапе становления личности, человек может быть наиболее уязвим для усвоения рискованных форм поведения и включения их в систему потребностей и ценностей. Сформированные общие механизмы эффективной социальной адаптации личности являются лучшим залогом устойчивости к рискогенному давлению сверстников или среды, когда человек может реализовать свои социальные потребности не прибегая к рискованным формам поведения. Психосоциальный подход в профилактике ВИЧ/СПИД предполагает взаимосвязь трех процессов: социализации, самовоспитания и специальных превентивных вмешательств, направленных на рискованные формы поведения в отношении ВИЧ/СПИД. Профилактические мероприятия, относящиеся к социализации, нацелены на социальные факторы, способствующие вовлечению в рискованные формы поведения, такие как влияние семьи и сверстников, социальное давление. Акцент делается на определении структуры сети социального влияния. Конкретные профилактические мероприятия могут включать различные компоненты, в том числе, ролевые игры, навыки критического отношения к различным источникам информации, осознание роли и влияния со стороны родителей и других значимых людей в принятии рискованных и здоровьесберегающих форм поведения.

В самовоспитании важную роль играет формирование эффективных коммуникативных навыков, умений инициировать разговоры о безопасном поведении со своими партнерами и друзьями, а также навыков распознавания, выражения и управления своими эмоциями, контроля и управления своими действиями, разрешения конфликтных и кризисных ситуаций. Развитие данных навыков базируется на данных о том, что вовлечение в рискованные формы поведения чаще развивается у личностей имеющих трудности в коммуникациях с другими людьми, распознавании и управлении эмоциями, а также слабо развитые навыки принятия решений и совладания со стрессом.

Превентивные программы с антинаркотической направленностью включают в себя, в частности, активное вовлечение детей и молодежи в альтернативную употреблению наркотикам деятельность. Авторы данных программ полагают, что значимая деятельность, альтернативная наркотизации и алкоголизации, способствует уменьшению распространения случаев развития зависимости от наркотиков. Концепция поведенческой альтернативы, впервые сформулированная американскими учеными, базируется на следующих позициях:

А) Психологическая зависимость от наркотиков является результатом ее заместительного эффекта.

Б) Многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности.

В) Люди не прекращают использование психоактивных веществ, улучшающих настроение и поведение, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее.

Г) Альтернатива наркотизации является одновременно и альтернативой стрессам.

В качестве значимой деятельности часто предлагается занятие различными видами спорта, путешествия и другие занятия, способные удовлетворить специфические потребности личности и сформировать позитивную активность.

Другое направление превентивных программ в рамках психосоциального подхода основано на укреплении здоровья, как процесса помогающего подросткам и молодежи усилить контроль за детерминантами здоровья и, таким образом, улучшить его. Идея заключается не только в том, чтобы помочь человеку научиться регулировать факторы, определяющие здоровье, но и активном вмешательстве в окружающую среду с целью усиления влияния благоприятных факторов. Подобные программы чаще всего ориентируются на изменение среды в учебных заведениях и включают участие семьи и ближайшего социального окружения.

Виды превенции.

Классификация видов превенции ВИЧ/СПИД заимствована из общемедицинской. Говоря о профилактике тех или иных заболеваний, медики используют термины первичная профилактика, направленная на предупреждение болезней, вторичная – подразумевает способы сдерживания темпов развития заболевания и предупреждение отклонений и третичная – представляет комплекс реабилитационных воздействий на больных.

Применительно к превенции ВИЧ/СПИД *первичная профилактика* представляет комплекс мер, направленных на предотвращение возникновения форм поведения, связанных с риском заражения ВИЧ, включая рискованное сексуальное поведение и употребление наркотиков, а также формирование общественного принятия здоровьесберегающих форм поведения (использование презервативов и т.д.). Программы первичной профилактики разрабатываются с учетом необходимости влияния на три основные сферы социализации и самореализации человека – семья, образовательное учреждение и места проведения досуга. В предыдущем параграфе, при рассмотрении информационного и психосоциального подходов в профилактике были представлены основные направления

профилактических мероприятий, которые можно использовать как первичную профилактику рискованного поведения в отношении ВИЧ. Прежде всего речь идет о формировании личностных ресурсов, своего рода «социального иммунитета» против рискованных сексуальных практик, употребления наркотиков, выражающегося в доминировании ценностей здорового образа жизни и развитых навыках здоровьесберегающего поведения. Ресурсы семьи и образовательной среды играют не меньшую роль в первичной превенции ВИЧ/СПИД. Следует сказать, что в России первичной превенцией ВИЧ/СПИД преимущественно занимается система здравоохранения. Система образования, включая образовательные учреждения среднего звена (школы, ПТУ) и высшего уровня (колледжи и ВУЗ) практически не уделяет данной проблематике внимания. Также следует отметить, что в основном первичная профилактика у нас в стране реализуется в рамках информационного подхода, что является важным, но недостаточным для достижения необходимого эффекта в контексте современной эпидемии ВИЧ в России..

Вторичная профилактика – это мероприятия, направленные на тех, кто уже практикует формы поведения, характеризующиеся высоким риском заражения и передачи ВИЧ-инфекции. В России – это, в первую очередь, потребители инъекционных наркотиков, лица, вовлеченные в коммерческий секс, а также лица, практикующие незащищенные сексуальные контакты. Непосредственными целями вторичной превенции ВИЧ являются: предотвращение совместного использования инъекционного оборудования потребителями наркотиков и предотвращение незащищенных сексуальных контактов.

Третичная профилактика представляет комплекс мер, направленных на реабилитацию лиц, заболевших ВИЧ-инфекцией, а также формирование у ВИЧ-инфицированных активной позиции и мотивации на защиту окружающих от передачи ВИЧ. Эффективная реабилитация должна включать в себя комплексное применение медицинских, психологических, социальных и педагогических мер. Эффективная реабилитация должна

включать в себя не только адаптацию к диагнозу и формирование важных поведенческих навыков, направленных на заботу о себе, но и профилактику дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции, и воспитание ответственного поведения у людей, живущих с ВИЧ. Среди этих мероприятий большое значение для ВИЧ-положительных пациентов имеет регулярная диспансеризация в Центре профилактики и борьбы со СПИД, а также своевременный доступ к АРВТ.

Задачи вторичной и третичной превенции ВИЧ, особенно, если речь идет о потребителях инъекционных наркотиков требуют привлечения специализированных центров реабилитации и поддержки. В то же самое время задачи формирования и поддержания здоровой социальной среды, а также продвижение позитивных установок в отношении своего здоровья и потребностей могут успешно реализовываться на базе учебных заведений при участии психологов, педагогов, медицинских работников и сверстников. В заключении хотелось бы отметить то, что в зарубежной научной литературе и практике профилактики ВИЧ выделяются лишь первичная превенция (primary prevention) и вторичная превенции (secondary prevention), которая включает в себя как вмешательства для лиц, практикующих поведение высокого риска, так и ВИЧ-инфицированных.

По специфике объекта превенции ВИЧ выделяют:

1. Биологическая превенция ВИЧ, в рамках которой разрабатываются методики тестирования на ВИЧ и вакцины против ВИЧ. Следует констатировать, что к настоящему времени создание эффективной вакцины против ВИЧ встретило на своем пути целый ряд непреодолимых барьеров, связанных со спецификой вируса. В мире ведутся клинические испытания эффективности нескольких вакцин-кандидатов, ни один из которых пока не удовлетворяет критериям пригодности для широкого внедрения.
2. Медицинская превенция ВИЧ, которая включает: разработку препаратов и методик для лечения и предотвращения заражения ВИЧ (АРВТ, микробициды - препараты

для местного использования, позволяющие снизить риск сексуальной передачи ВИЧ); лечение наркозависимости (в первую очередь, наркозаместительная терапия); лечение и профилактика ИППП (барьерные и медикаментозные методы; методики предотвращения заражения ребенка во время беременности и родов при помощи экстренной АРВТ матери и ребенка; методики экстренной профилактики ВИЧ в случае контакта с инфицированной кровью).

3. Психологическая профилактика ВИЧ направлена на изменение детерминант рискованного поведения, относящихся к психологическим феноменам: уровню знаний, установкам, отношениям, мотивационной сфере, ценностям и поведенческим навыкам.
4. Социальная профилактика ВИЧ делает акцент на макросоциальных детерминантах распространения инфекции: культурных и социальных нормах, общественных ценностях, законодательных практиках, структурных факторах (доступе к тестированию и лечению и т.д.).

В рамках данного пособия рассмотрим те *уровни профилактики ВИЧ/СПИД*, для которых участие психологов при разработке, апробации и внедрении профилактических вмешательств наиболее актуально.

1. Индивидуальный уровень профилактики означает направленность профилактических мероприятий на отдельного человека. Он требует оценки и коррекции психологических особенностей личности, с учетом личностного опыта и индивидуальных кризисов, которые могут подталкивать человека к рискованному поведению. В рамках данного пособия подробно были представлены психологические детерминанты риска заражения ВИЧ, т.е. те особенности личности, которые могут быть факторами вовлечения в рискованное поведение, такие как, склонность к риску, поиск сильных ощущений, несформированность конструктивных стратегий совладания со стрессом, отсутствие

перспектив в отношении собственного будущего, а также актуальные кризисные ситуации.

2. Социально-психологический уровень (уровень малых групп) ориентирован на такие объекты превенции как семья, школа, группа сверстников. Особое внимание в этом случае уделяется принятым в окружающей субкультуре нормам и моделям поведения, предрасполагающим или препятствующим рискованному поведению.

3. Общественный (социальный) уровень превенции реализуется тогда, когда превентивные мероприятия направлены на информирование общества в целом о проблемах ВИЧ/СПИД, наркозависимости, а также имеют целью сформировать толерантные установки по отношению к ЛЖВС.

Принципы превенции

Эффективная превентивная работа требует соблюдения нескольких важных принципов, которые включают в себя:

1) Адресность, т.е. превентивные мероприятия должны планироваться и быть нацеленными на четко определенные группы людей (уличные подростки, потребители наркотиков, школьники и т.д.), а профилактическая работа с ними должна быть сформирована с учетом их потребностей и нужд.

2) Активное вовлечение целевой аудитории в превентивную работу, что предполагает привлечение к планированию и осуществлению профилактических мероприятий.

3. Междисциплинарность, т.е. разработка и внедрение превентивных программ должна строиться с учетом достижений разных наук и вовлечением специалистов разных профессий: специалистов по социальной работе, психологов, педагогов, медиков.

4. Долгосрочность и непрерывность, что означает разработку и осуществление

длительных профилактических программ, или постоянное повторение и чередование кратковременных профилактических мероприятий. Разовые акции не обеспечивают создание необходимой превентивной среды.

5. Комплексность, т.е. использование профилактических мероприятий, включающих разнообразные компоненты и виды профилактики, направленные на различные уровни вмешательства.

6. Научная обоснованность, которая предполагает постоянную оценку распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска, приводящих к инфицированию в конкретном регионе, а также применение апробированных и основанных на данных клинических исследований программ профилактики.

Методы превенции ВИЧ

Конкретные методы и технологии, используемые в превенции ВИЧ разделяются в соответствии с уровнями превенции. К индивидуальным методам превенции, направленным на снижение факторов риска в поведении отдельного клиента, можно отнести:

- Тестирование на ВИЧ и другие инфекции;
- До- и послетестовое консультирование на ВИЧ;
- Лечение инфекционных заболеваний, детерминирующими риск передачи ВИЧ;
- Индивидуальное психологическое консультирование с целью предотвращения или изменения рискованного поведения, а также уменьшения вреда от практикуемого небезопасного поведения и т.п.

К методам профилактики социально-психологического уровня относятся:

- Образовательные и профилактические семинары;
- Групповые тренинги психологических умений и навыков;
- Группы поддержки;

- Вовлечение в профилактическую работу лидеров общественного мнения для целевой группы;

- Программы, реализуемые в рамках модели обучения «равный равному» (peer education).

На социальном уровне используются следующие превентивные методы:

- Публичные акции;

- Конференции;

- Кампании в средствах массовой информации;

- Создание сети бесплатных и доступных служб или обеспечение доступа к существующим профилактическим и реабилитационным ресурсам для лечения наркозависимости, ИППП, ВИЧ-инфекции;

- Создание служб для организации досуга подростков и профилактики безнадзорности и наркозависимости;

- Административные или законодательные инициативы, направленные на поддержку уязвимых групп населения.

Контрольные вопросы к теме:

1. Какие существуют подходы к превенции социально-значимых заболеваний?
2. В чем заключается специфика различных видов превенции ВИЧ?
3. Какие существуют уровни превенции ВИЧ и какие методы, реализуются в каждом из них?

Тема 6. Методы превенции ВИЧ на индивидуальном и групповом уровне

Целью вмешательства в данном случае является изменение поведения на индивидуальном и межличностном уровне. Индивидуальная интервенция нацелена на конкретного индивида и принимает в расчет его личностные особенности, специфику его жизненной ситуации, учитывает его интересы, его сильные и слабые стороны. Именно поэтому, в приложении к конкретному человеку, индивидуальная интервенция оказывается наиболее

адекватным и эффективным методом изменения поведения. Интервенция на уровне группы (или семьи как малой группы) по своим методам и подходам близка к индивидуальной, однако имеет свою специфику, связанную с использованием групповой динамики.

Программа профилактической интервенции оказывается эффективной в тех случаях, когда затрагивает три уровня личности: (1) когнитивный, (2) эмоциональный и (3) поведенческий. В том случае, когда изменения касаются лишь одного уровня, они не приводят к устойчивой модификации поведения – цели любой интервенции. Для достижения полноценного результата объектом вмешательства должны быть: (1) знания, уровень осведомленности индивида; (2) установки, убеждения и отношение к проблемному поведению; (3) умения и навыки, необходимые для реализации альтернативного поведения.

Под знаниями здесь понимается информация, имеющая отношение к изменяемому поведению, например, информация о возможных рисках и последствиях для здоровья, о методах изменения этого поведения, о преимуществах альтернативных форм поведения и т.п. Безусловно, знания и сами по себе могут служить модификатором поведения. Изменение уровня знаний индивида происходит достаточно быстро, если информация предоставляется в доступной, легкой для восприятия форме и не противоречит существующим установкам и убеждениям индивида. Однако если полученная информация вступает в конфликт с уже имеющимися убеждениями, она, скорее всего, будет отвергнута как ложная, непроверенная, ошибочная и т.п. Поэтому программы, ориентированные исключительно на повышение уровня осведомленности, как правило, малоэффективны.

Убеждения, установки и отношения индивида сформировались в результате его жизненного опыта и/или некритично усвоенной информации. Объектом профилактики становятся те установки, которые так или иначе связаны с изменяемым поведением и

являются барьерами на пути к изменениям. Примерами таких установок могут быть: положительное отношение к риску, вера в сверхъестественную силу и стремление переложить на нее ответственность за результаты своих действий, вера в свою исключительность и неуязвимость или напротив, негативные ожидания в отношении своего будущего и т.п. Изменение убеждений и установок – задача гораздо более сложная, которая требует от психолога времени и больших усилий, но именно изменение установок в наибольшей мере обуславливает изменение поведения. Подробнее изменение убеждений в отношении своего здоровья описано в Теме 4.

Под привычками и умениями имеются в виду новые поведенческие паттерны, которые мы стремимся сформировать взамен тех, что приводят к разрушению здоровья человека.

В данной главе мы рассмотрим несколько основных технологий, разработанных для изменения поведения на уровне индивида и группы.

Методы индивидуальной профилактики

Мотивационное интервью – клиент-центрированный директивный подход, направленный на разрешение двойственного отношения к изменениям. Подход был предложен Миллером и опубликован в журнале «Поведенческая психотерапия» в 1983 году. В основе практического подхода лежит транстеоретическая модель стадий изменения поведения, предложенная Прохазкой и Диклеме (см Тему 4). Миллер показал высокую эффективность данной техники в работе с проблемным употреблением алкоголя: 11 из 12 исследований дали положительный результат (Miller, W.R., Rollnick, S., 1991). В настоящий момент она широко применяется для решения различных поведенческих проблем.

Ядром транстеоретической модели является положение о том, что мотивация непостоянна и поддается изменению. Процесс изменения поведения включает шесть стадий (или ступеней): преднамерение, намерение, подготовка к действию, действие, поддержание результата и рецидив. Каждая из этих стадий характеризуется определенным уровнем

мотивации индивида к изменению и определяет специфичность помощи со стороны специалиста. Основным препятствием на пути к изменению поведения является двойственное отношение человека к новому поведению: с одной стороны, он понимает его необходимость, с другой – не готов идти на те жертвы, которые требует от него это изменение. Главная задача консультанта, применяющего технику мотивационного интервью - помочь клиенту разрешить эту двойственность в пользу нового поведения.

Для того чтобы изменения произошли, необходимо наличие определенных условий:

1. *Плюсов от изменения поведения должно быть больше, чем минусов.* С точки зрения консультанта отказ от алкоголя или табака содержит очевидные преимущества. Однако с точки зрения клиента отказ от употребления алкоголя может означать разрыв прежних социальных связей, потерю испытанного средства релаксации и даже утрату смысла своего существования.
2. *Социальное давление.* Социальное окружение клиента должно поддерживать изменения. Если переход к новому поведению повлечет за собой разрыв прежних связей и социальную изоляцию – такое изменение обречено на рецидив.
3. *Наличие необходимых навыков и знаний.* Чтобы решиться изменить поведение, клиент должен ясно представлять себе, что для этого нужно и каким образом он это сможет сделать.
4. *Твердое намерение и вера в свои силы.* Клиент может ясно осознавать всю пагубность последствий своего поведения, однако, если он имеет сильную негативистскую установку в отношении себя и своего будущего, он будет уверен, что все его усилия ни к чему не приведут. В этом случае, сколь сильно бы вы ни убеждали его в опасности его поведения, он вряд ли решится его изменить.

Развитие мотивации и прохождение шести вышеупомянутых стадий – естественный процесс, однако у многих людей на переход от стадии преднамерения к действию могут

уйти годы, а иногда и целая жизнь. Посредством техники мотивационного интервью консультант может помочь клиенту ускорить процесс изменения. Для начала, безусловно, нужно определить, на какой стадии изменения находится клиент – понимает ли он необходимость изменений и ждет подходящего момента, чтобы начать или не хочет даже признать наличие проблемных последствий своего поведения? Естественно, в этих двух случаях задачи для специалиста будут различными. Рассмотрим подробнее особенности шести стадий и задачи консультанта на каждой из них.

1. ***Преднамерение (Precontemplation)***. На этой стадии клиент еще не видит (или не хочет видеть) проблемных последствий своего поведения. Как правило, основная форма защиты здесь – отрицание. Это значит, что предложение изменить поведение и любые рекомендации по его изменению вызовут сопротивление. Задачи консультанта на этой стадии – вызвать сомнение, смягчить защиты и повысить степень осознания риска.
2. ***Намерение (Contemplation)***. В русскоязычной литературе эта стадия обычно переводится как «намерение», однако правильнее, вероятно, было бы обозначить ее как «размышление», поскольку слово «намерение» означает завершение процесса размышления, то есть, момент окончания этой стадии. Она характеризуется сомнением, амбивалентным отношением. Клиент признает наличие проблемы, но не уверен, хочет ли и может ли он что-то изменить. Он взвешивает «за» и «против». Задачи консультанта на этой стадии – помочь клиенту беспристрастно проанализировать плюсы и минусы, не принимая какую-либо сторону. Любые попытки давления вызовут сопротивление и приведут к обратному эффекту. Клиент должен сам разрешить свои сомнения, и как только это будет сделано, он перейдет на следующую стадию.
3. ***Подготовка к действию (Preparation)***. Эта стадия характеризуется принятием решения и формированием намерения действовать. На этой стадии клиент ищет

ответ на вопрос: «Как?». Задача консультанта – помочь составить реалистичный план «А», а также продумать план «Б», то есть, стратегию действий на тот случай, если сразу изменить поведение не получится. Нередко клиент, приняв трудное для себя решение, переживает эйфорию и переоценивает свои возможности. В случае если идеальной реализации плана не получится, он, действуя по принципу «все или ничего», может вообще отказаться от намерения что-либо менять. Для того чтобы этого избежать, и требуется план «Б».

4. **Действие (Action).** Эта стадия не обязательно означает полное изменение поведения, такое как полный отказ от курения или регулярное занятие спортом. Она может выражаться в том, что клиент *делает попытку*, например, старается курить меньше, или только после еды, или переходит на облегченные сигареты. В этой стадии главное – не глобальность изменений, а сам факт действия в нужном направлении. Чаще всего попытка изменить «все и сразу» заканчивается срывом, а небольшие изменения удается сохранить и закрепить. Поэтому задачи консультанта на этой стадии – поощрение реалистичных шагов клиента и обсуждение переживаний, связанных с попыткой.
5. **Поддержание результата (Maintenance).** Как правило, сделать шаг к изменениям проще, чем сохранить эти изменения. Когда эйфория от сознания совершенного поступка проходит, клиент сталкивается с сильным внутренним и внешним сопротивлением. В этот момент он очень нуждается в поддержке своего окружения. Резкое изменение стиля жизни и круга общения может привести к временной социальной изоляции, и именно этот фактор чаще других оказывается причиной отказа от изменений. Основные задачи консультанта на этом этапе – помочь клиенту найти систему поддержки и обсудить профилактику срыва.
6. **Срыв (Relapse).** Движение к изменениям – процесс циклический, поэтому срыв не означает, что изменение не удалось. Срыв – одна из стадий на пути к изменению.

Рецидив периодически случается, и за ним следует временная потеря мотивации. Это значит, что после срыва клиент на какое-то время отказывается от изменений и возвращается на стадию преднамерения. Однако это не означает полного возврата к исходной точке. За время подготовки к действию и попытки измениться клиент приобрел новый опыт, который повышает его шансы добиться успеха в будущем. Задача консультанта в данном случае заключается в том, чтобы обсудить причины и извлечь уроки из случившегося рецидива.

Техника мотивационного интервью требует от консультанта умения строить отношения с клиентом и гибкости в применяемых подходах. Основной формой здесь является диалог, в котором клиенту принадлежит ведущая роль. Существует несколько принципов, на которые должен опираться консультант в своей работе:

принцип стадий предполагает, что подход в работе с клиентом определяется стадией развития мотивации, на которой тот находится, и клиент не может продвинуться более чем на одну стадию за одну встречу;

принцип разрыва означает, что основной движущей силой для развития мотивации клиента является разрыв между желаниями, ценностями клиента и его текущим поведением;

принцип поддержки выражается в стремлении консультанта избегать споров с клиентом, поскольку они лишь заставляют последнего защищать свое проблемное поведение, и добиваться изменений путем поддержки, всегда оставаясь на стороне клиента;

принцип развития ресурсов заключается в способности консультанта повысить в клиенте уверенность в своих силах и реалистичности изменений.

Техника мотивационного интервью получила широкое применение в индивидуальных программах профилактики различных форм проблемного поведения. Она может

применяться в качестве самостоятельного метода или в сочетании с другими индивидуальными и групповыми методами профилактики.

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ) – процедура обследования индивида на наличие ВИЧ-инфекции, которая сопровождается индивидуальным консультированием до начала обследования и после получения его результатов.

Изначально данная процедура была утверждена ст.7 Закона РФ «О мерах по предупреждению распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ» от 01.08.1995 исключительно с целью проведения масштабного скрининга населения на ВИЧ. С точки зрения врачей, обязательное консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию было необходимо для разъяснения пациенту сущности ВИЧ-инфекции, процедуры тестирования и его результатов. Однако впоследствии многие исследовательские программы отметили профилактический эффект самой процедуры ДКТ, оказавшей влияние на изменение поведения пациентов в сторону более безопасного даже при отсутствии других форм вмешательства. Процедура консультирования до и после теста была несколько модифицирована с целью усиления и расширения профилактического эффекта. В настоящее время ДКТ входит в качестве компонента в состав большинства индивидуальных и групповых программ профилактики распространения ВИЧ-инфекции.

Безусловно, в большинстве медицинских учреждений, где тестирование на ВИЧ является стандартной процедурой медицинского обследования, консультирование проводится в предельно редуцированной форме, так как целью является не изменение поведения пациента, а решение вопроса о наличии или отсутствии у него инфекции. Здесь мы рассмотрим тот вариант процедуры, который преследует именно профилактические цели и является самостоятельным компонентом поведенческой интервенции.

Прежде всего, стоит отметить, что профилактический эффект здесь основан на повышении уровня осознания и восприятия личной угрозы для здоровья, которая является необходимой предпосылкой для изменения поведения (см Модель убеждений в отношении здоровья, Тема 4). *Знание* о том, что незащищенный половой акт может привести к заражению ВИЧ и *осознание* своей личной угрозы здесь и сейчас получить диагноз ВИЧ-инфекции по-разному влияет на поведение человека. Умеренный стресс и непосредственная перспектива встречи с последствиями своего рискованного поведения способствуют переоценке себя и своих действий. Кроме того, услышав о благоприятном результате теста, человек, тем не менее, помнит о неприятных минутах волнения в процессе ожидания результата, и готов сделать многое для того, чтобы в будущем уменьшить этот стресс. Это – благоприятный момент для начала изменения поведения, который может использовать специалист.

Консультирование до начала тестирования (дотестовое консультирование) и после получения его результатов (послетестовое консультирование) различаются по своим задачам и форме. Рассмотрим их по очереди.

Дотестовое консультирование включает следующие компоненты: (1) оценка личного риска; (2) повышение уровня информированности клиента; (3) выявление ресурсов для изменения поведения; (4) профилактика деструктивных реакций в случае положительного результата теста на ВИЧ.

Дотестовое консультирование, как любое другое, должно начинаться с установления контакта с клиентом и прояснения целей и задач встречи. Консультанту необходимо совместно с клиентом выявить и проанализировать случаи, связанные с риском инфицирования. От консультанта в данном случае требуется достаточно высокий уровень осведомленности в вопросах эпидемиологии ВИЧ, так как в процессе обсуждения у клиента возникает интерес и потребность в дополнительной информации относительно

путей распространения инфекции и связанной с ними степени риска. Информация, предоставленная в контексте обсуждения личных рисков клиента, усваивается легче и запоминается лучше, так как является ответом на его актуальную потребность. Кроме того, оценка личных рисков позволяет клиенту определить субъективную вероятность получения положительного или отрицательного результата теста, что повышает степень осознанности возможных последствий своего поведения и помогает клиенту принять ответственность за свою жизнь и здоровье.

В процессе дотестового консультирования консультант повышает уровень осведомленности клиента не только в вопросах, касающихся эпидемиологии ВИЧ, но также в том, что касается методов защиты и профилактики инфицирования. Обсуждение личных средств и методов защиты, безусловно, должно проводиться с учетом жизненных обстоятельств клиента и степени его подверженности инфекции. Для клиентов, которые в силу особенностей своего стиля жизни не могут полностью устранить риск заражения ВИЧ, характерно действовать по принципу «все или ничего». Например, люди, страдающие героиновой зависимостью и регулярно употребляющие наркотик инъекционным способом, часто отказываются от методов профилактики, объясняя это тем, что они в любом случае остаются в зоне риска. В таких случаях консультант может использовать концепцию и методы модели снижения вреда (см. Тему 4). Она предполагает осознанный выбор клиентом той меры защиты своего здоровья, на которую он готов в данный момент, и осознанное принятие ответственности за тот риск, которому клиент подвергается, если не готов изменить свое поведение в данный момент («изменить то, что можно изменить, и принять то, что в данный момент изменить невозможно»). Кроме того, данная модель предполагает постепенное движение в сторону безопасного поведения, подчеркивая важность пусть небольших шагов, но сделанных в правильном направлении.

Клиент также должен быть проинформирован о деталях самой процедуры тестирования, в частности, об уровне специфичности и надежности применяемой тест-системы, о скорости получения результата, о значении и возможных последствиях положительного и отрицательного результата теста. Если тестирование проводится с помощью экспресс-теста, его результат не считается окончательным и требует подтверждения с помощью стандартной процедуры ИФА-диагностики. В таком случае клиент должен быть об этом предупрежден и проинформирован о том, где и как он сможет сделать подтверждающий тест. Основную информацию о ресурсах помощи для ВИЧ-инфицированных также целесообразно дать во время дотестового консультирования, поскольку в случае объявления положительного результата теста на ВИЧ клиент вследствие сильного стресса может быть не в состоянии усваивать информацию.

Процедура дотестового консультирования дает возможность консультанту не только повысить уровень осведомленности клиента, но и собрать информацию, которая будет полезна для послетестовой встречи, например, информацию о системе поддержки клиента, о его социальном окружении и значимых для него людях. Система социальной поддержки – это ресурс помощи в случае, если результат теста окажется положительным, и ресурс мотивации к изменению поведения при отрицательном результате теста.

В завершение встречи необходимо спросить клиента о его возможных действиях и планах в случае получения отрицательного результата теста на ВИЧ и в случае положительного результата. Этот вопрос крайне важен с точки зрения поведенческого вмешательства, так как он заставляет клиента *представить* ситуацию получения диагноза ВИЧ-инфекции и, следовательно, повышает степень осознанности и реалистичности восприятия личной угрозы, что, как мы уже отмечали, является толчком к изменениям. Этот вопрос также важен с точки зрения профилактики деструктивных реакций в случае положительного результата теста, так как он помогает клиенту подготовиться к возможному стрессу и продумать план действий на этот случай. Кроме того, представляя ситуацию

благоприятного исхода, клиент, как правило, планирует изменить свое поведение с тем, чтобы снизить уровень риска заражения ВИЧ-инфекцией в будущем. Эту информацию также целесообразно использовать в ходе послетестового консультирования для того, чтобы усилить и закрепить мотивацию к изменению поведения.

Цели и характер послетестового консультирования в значительной степени зависят от результата теста, поэтому мы рассмотрим два варианта этой процедуры – в случае отрицательного результата и в случае положительного результата теста на ВИЧ.

Послетестовое консультирование при отрицательном результате теста в качестве основной задачи предполагает усиление и закрепление мотивации к снижению риска заражения ВИЧ в будущем. Наиболее идеальным исходом такого консультирования является план действий, составленный клиентом, и его твердое намерение изменить поведение в сторону более безопасного. Основой для такого плана может служить оценка личных рисков и предполагаемый вариант действий в случае отрицательного результата теста, которые обсуждались в процессе дотестового консультирования. Дополнительным источником мотивации может служить информация о социальном окружении и значимых для клиента людях. Нередко клиент с нарушенным чувством собственной ценности не готов предпринимать каких-либо мер для защиты собственного здоровья, однако угроза стать источником инфекции для своих близких может заставить его изменить поведение. Основная задача для консультанта здесь – помочь клиенту принять решение относительно пусть небольших, но реальных шагов к снижению риска. В завершение встречи следует напомнить клиенту о возможности повторного тестирования, а также о том, где и как он это может сделать.

Послетестовое консультирование при положительном результате теста, прежде всего, требует достаточного количества времени и безопасного места. Безусловно, ситуация, когда консультирование и до и после теста на ВИЧ-инфекцию проводит один и тот же

специалист, является наиболее желательной. В этом случае при послетестовом консультировании снимается проблема установления контакта с клиентом, и специалист может использовать ту информацию, которую он получил в процессе первой встречи.

Данный вариант является частным случаем кризисного консультирования и предполагает следование тем же принципам, что и кризисная помощь. Как уже было сказано, объявление положительного результата теста на ВИЧ, в большинстве случаев, вызывает у клиента состояние сильного стресса, а иногда шока. Предоставление какой-либо информации клиенту в таком состоянии представляется бессмысленным, так как возможность ее восприятия практически равна нулю. Напротив, задача консультанта в данном случае – вентиляция чувств клиента и снятие эмоционального напряжения. В ряде случаев этот процесс может занять все время консультации, однако чаще всего в ходе работы состояние клиента меняется, и ближе к концу встречи консультант может дать клиенту некоторую полезную для него информацию. Не рекомендуется подробно рассказывать о течении болезни или давать прогнозы относительно продолжительности жизни, так как это может усилить депрессивное состояние клиента. В то же время, не стоит избегать обсуждения переживаемых клиентом страхов и опасений. Многие из них оказываются беспочвенными, например, страх невозможности иметь детей, страх быть уволенным с работы, страх немедленной болезни, инвалидности и т.п. Несмотря на иррациональность этих страхов для специалиста, в процессе консультирования стоит отнестись к ним серьезно и избегать оценок.

Положительный результат теста на ВИЧ не отменяет важности профилактических мер в отношении рискованного поведения. Напротив, ВИЧ-инфицированному клиенту приходится тщательнее заботиться о сохранности своего здоровья и своей безопасности, так как ВИЧ-инфекция повышает его уязвимость. В процессе встречи стоит обсудить как меры вторичной профилактики, так и шаги, которые клиент готов предпринять для того,

чтобы защитить своего полового партнера или других людей, находящихся в риске заражения.

Одним из вопросов, который обычно волнует клиента, и который стоит обсудить – вопрос о границах конфиденциальности диагноза. Законодательство РФ предусматривает уголовную ответственность ВИЧ-инфицированного за сознательную постановку другого лица в угрозу заражения. Однако, в то же время, законодательство защищает тайну медицинского диагноза и предусматривает ответственность за ее раскрытие. На практике это означает, что ВИЧ-инфицированный должен предупредить о своей инфекции только тех, кто находится в непосредственном риске заражения, например, своих половых партнеров, партнеров по инъекционному употреблению наркотиков (если таковые есть) или потенциальных реципиентов своей крови (хотя в настоящее время вся донорская кровь тестируется на наличие ВИЧ-инфекции). Во всех других случаях раскрытие диагноза – это выбор самого клиента. Более того, ни один работодатель не вправе потребовать от него результаты тестирования на ВИЧ для устройства на работу (за исключением очень ограниченного списка специальностей). Целесообразно обсудить с клиентом, кому он планирует рассказать о своем диагнозе, и кто может оказать ему поддержку. Отсутствие в его окружении таких доверенных лиц является фактором риска деструктивных реакций в будущем, так как невозможность вербализации мыслей и эмоций, связанных с диагнозом, приведет к росту эмоционального напряжения. В этом случае рекомендуется обсудить другие ресурсы получения поддержки, например, услуги психолога или группы самопомощи.

Даже в случае успешно проведенного послетестового консультирования у клиента сохраняется риск депрессивного состояния вследствие полученного сообщения о ВИЧ-инфекции. Для профилактики возможных деструктивных реакций консультант может попросить клиента в завершение встречи составить примерный план того, что он будет делать в ближайшие несколько часов и дней. Как и в других кризисных ситуациях,

консультирование должно продолжаться до тех пор, пока специалист не убедится, что состояние клиента не представляет угрозы для него самого или других людей.

Социальное сопровождение клиента

В большинстве стран мира система социального обслуживания и защиты населения является слишком сложной, обрывочной, запутанной и нескоординированной с точки зрения интересов отдельного клиента. В силу специфики личностных особенностей, состояния здоровья и актуальной социально-экономической ситуации человек, нуждающийся в социальных услугах, далеко не всегда может самостоятельно разрешить имеющиеся у него проблемы. Более того, самостоятельно получить весь спектр необходимых социальных, психологических и медицинских услуг, причем своевременно и адекватно, зачастую не представляется возможным. Таким образом, для того, чтобы преодолеть разобщенность существующей системы социальной защиты и обеспечить качественное, последовательное предоставление помощи клиентам, возникла такая технологий работы с клиентом как «социальное сопровождение».

В настоящее время термин «социальное сопровождение» прочно вошел в профессиональную жизнь специалистов в областях психологии, социальной работы и медицины, как в зарубежной, так и отечественной практике. Сам термин «сопровождение» и, в частности, «социальное сопровождение» пришел к нам из англо-американской традиции и в оригинале звучит как «client management» или «case management» (дословно – «ведение клиента» или «ведение случая»). Социальное сопровождение является на сегодняшний день одной из центральных технологий работы с клиентом за рубежом, а также активно внедряется в Российской Федерации.

Отличительной чертой социального сопровождения как принципа организации обслуживания клиентов является индивидуальная ответственность специалиста, ведущего случай. В настоящее время в общемировой практике социальное сопровождение (case

management) понимается как клиент-центрированная стратегия работы для улучшения координации и непрерывности оказания услуг, особенно для людей в сложных жизненных ситуациях, а также как совместный процесс оценки, планирования, защиты прав клиента и помощи в получении доступа к необходимым услугам для удовлетворения потребности личности через взаимодействие и опору на доступные ресурсы, для достижения качественных целесообразных результатов в поддерживающей, эффективной, действенной и экономичной манере.

Изначально работа по социальному сопровождению клиента в основном рассматривалась исключительно как связующее звено. Предполагалось, что в первую очередь она должна координировать и контролировать усилия различных служб по оказанию помощи. Вместе с тем особенности контингента, с которым обычно имеют дело службы, занимающиеся сопровождением, требуют от сотрудников этих организаций многих специфических знаний и навыков. Однако уровень полномочий специалистов по социальному сопровождению не всегда таков, как хотелось бы в идеале концепции системы оказания помощи. Их роль и статус различны в зависимости от места и системы оказания услуг. Существуют различные модели социального сопровождения, начиная с ситуаций, когда специалистам по социальному сопровождению и их деятельности отводилась минимальная роль в организации помощи, и, кончая случаями, когда эта роль становилась значительной. В литературе описано несколько моделей и субмоделей социального сопровождения. Они отличаются по нескольким факторам: целевая аудитория, среда, роль специалиста по социальному сопровождению и набор предлагаемых услуг, а также количеству клиентов на одного специалиста по социальному сопровождению. Анализ литературы позволил нам выделить основные и наиболее часто упоминаемые модели:

Модель посредничества (brokerage/generalist case management model) – сфокусирована на том, чтобы «связать» клиента с необходимыми ему «ресурсными центрами», которые обычно находятся за пределами организации, предоставляющей услуги социального

сопровождения. В данной модели взаимоотношения между специалистом по социальному сопровождению и клиентом ограничены, поскольку задача специалиста по социальному сопровождению состоит лишь в определении потребностей клиента и направлении его к поставщикам услуг, чаще всего взаимодействие с клиентом ограничивается одним-двумя контактами. Охват клиентов при использовании данной модели, как правило, является высоким (например, 25:1, 100:1). Специалист по социальному сопровождению несет ответственность за оценку потребностей клиента и за выполнение плана сопровождения.

Модель полной поддержки/ модель интенсивного социального сопровождения (assertive community treatment/intensive case management model) – строится на фундаментальных принципах социального сопровождения с использованием интегрированной мультидисциплинарной команды поставщиков услуг. В данной группе моделей редко используется система направлений в другие службы – большинство услуг оказывает сама организация, предоставляющая социальное сопровождение. Модель интенсивного социального сопровождения (ICM) является разновидностью модели полной поддержки (АСТ), и во многих программах, работающих в модели ICM, оказываются большинство услуг АСТ, но не все. Так, например, в ICM-программах в мультидисциплинарной команде поставщиков услуг могут отсутствовать медсестра и психотерапевт. Роль специалиста по социальному сопровождению в этой группе моделей заключается не только в координировании процесса, но и в выполнении других функций: вмешательство в кризисную ситуацию, ведение переговоров и защита клиента при получении им услуг в других организациях, информирование и консультирование клиента, оказание психологической помощи как самим клиентам, так и членам их семей. Охват клиентов при использовании данной модели, как правило, является небольшим (от 10:1 до 20:1).

Клиническая/реабилитационная модель (clinical/rehabilitation case management model) – взаимодействие между специалистом по социальному сопровождению и

клиентом основано не только в содействии получения доступных ресурсов и услуг, а также непосредственно на клинических и/или реабилитационных мероприятиях, которые могут включать психотерапию для клиента и его семьи.

Модель сильных сторон (strengths-based case management model) – строится на выявлении сильных сторон клиента. Определяя сильные и слабые стороны клиента, специалист по социальному сопровождению помогает преодолеть барьеры, которые мешают клиенту самостоятельно функционировать в сообществе. Большое значение в данной модели уделяется первоочередному использованию неформальных сетей помощи (таких как, группы самопомощи, ресурсы местного сообщества), а не услуг социальных служб. Когда барьеры успешно преодолены, взаимоотношения со специалистом по социальному сопровождению становятся менее интенсивными, в основном контакты происходят уже за пределами офиса специалиста по социальному сопровождению, в местах пребывания клиента.

Независимо от модели организации социального сопровождения в той или иной организации, специалист, работающий в данной области, должен гарантировать клиенту:

- 1) непрерывность процесса оказания услуг (будь то помещение больного в случае необходимости в стационар или, наоборот, обслуживание его на дому);
- 2) полное соответствие этих услуг нуждам и потребностям клиента с учетом их изменений в различные периоды его жизни;
- 3) доступ к необходимым услугам, преодоление трудностей, связанных с реализацией прав человека;
- 4) чтобы услуги соответствовали его нуждам, предоставлялись ему вовремя и надлежащим образом, не дублировались без надобности.

Специалист по социальному сопровождению должен иметь опыт по обеспечению услугами клиентов, быть знакомым с местными социальными службами, знать все имеющиеся и потенциальные ресурсы, которые могут быть использованы при

обеспечении услуг клиенту. Каждая социальная служба должна устанавливать свою политику и правила по получению срочной неотложной помощи во внерабочие часы учреждения. Но при этом всегда соблюдаются два основных принципа:

- 1) любому клиенту должна быть доступна срочная социальная или медицинская помощь в любое время суток;
- 2) специалист по социальному сопровождению имеет право на частную жизнь, поэтому его домашний телефон и адрес, по общему правилу, не сообщаются ни клиенту, ни членам его семьи.

Однако в обязанности специалиста по социальному сопровождению входит информирование своего клиента об установленных процедурах получения помощи в чрезвычайной ситуации и обеспечить необходимые условия для ее получения.

Профилактические программы для супружеских пар

В данном разделе речь пойдет о профилактике сексуального пути распространения ВИЧ-инфекции среди пар, находящихся в стабильных сексуальных отношениях, не обязательно состоящих в браке. Моногамные супружеские отношения являются одной из самых эффективных стратегий профилактики распространения ВИЧ. Наличие стабильного сексуального партнера на протяжении долгого времени является гарантией защиты от ВИЧ-инфекции при условии, что оба партнера действительно сохраняют верность друг другу и не подвержены другим факторам заражения, таким, например, как инъекционное употребление наркотиков. По этой причине для стабильных и моногамных пар, где оба партнера имеют ВИЧ-негативный статус, проведение превентивных мер не является приоритетным. Однако пары, где один из партнеров инфицирован ВИЧ, а второй – нет (здесь и далее - дискордантные пары), часто продолжают использовать рискованные сексуальные практики, несмотря на то, что знают о существующей угрозе (Higgins et al., 1991). Любовь, привязанность, эмоциональная близость и продолжительность отношений

наряду с другими факторами влияют на решение партнеров о продолжении незащищенного секса (Remien, Carballo-Diequez & Wagner, 1995). В данном случае, именно партнерские отношения и взаимное влияние партнеров друг на друга должны рассматриваться в качестве объекта превентивного вмешательства.

Основной формой профилактической работы с дискордантными парами является семейное и индивидуальное консультирование для обоих партнеров. Как показывают исследования, регулярные сессии, включающие образовательный компонент, а также совместное обсуждение существующих рисков, дают значительное сокращение рискованных сексуальных практик (Padian, O'Brien, Chang, Glass & Francis, 1993). В ряде случаев, именно подавляющее влияние одного из партнеров является причиной отказа от мер защиты, поэтому семейное консультирование должно дополняться индивидуальными сессиями, в процессе которых каждый из партнеров может прояснить свою позицию по отношению к риску заражения. Как и в других случаях, задача консультанта здесь – добиться *осознанности* выбора для каждого из партнеров, когда клиент принимает решение о применении мер защиты или отказе от них, в полной мере понимая последствия каждого варианта решения и принимая ответственность за него. Для повышения степени осознанности консультант должен помочь клиенту разобраться в причинах и мотивах, побудивших его принять решение. В случаях, когда основной причиной отказа от средств защиты является «жертва во имя любви», эффективным будет обсуждение совместно с партнером готовности последнего к принятию такой жертвы.

Семейные сессии могут включать совместное обсуждение установок и убеждений партнеров относительно их роли в паре, степени ответственности за себя и за другого, ответственности за свое здоровье и здоровье будущих детей, а также ролевое проигрывание ситуаций совместного принятия решения относительно выбора средств защиты. Кроме того, семейное консультирование может включать обучающие компоненты, например, информирование о различных видах презервативов, их свойствах

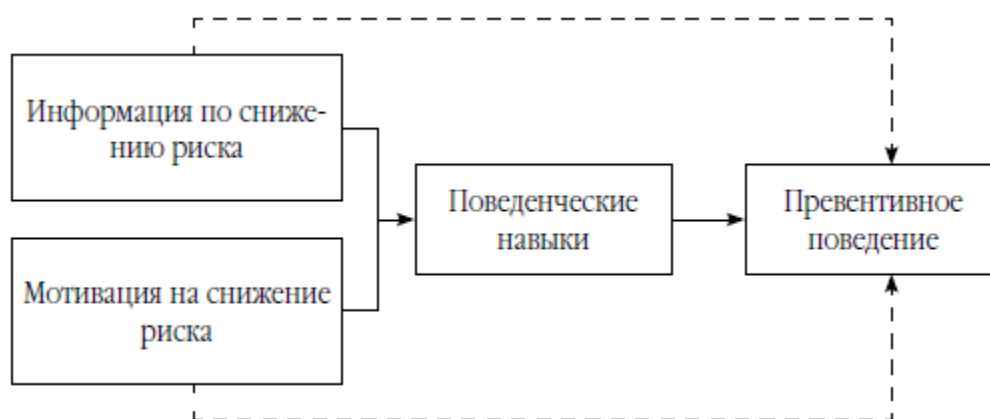
и особенностях применения. Вместе с тем, в ходе работы с дискордантными парами применяемые консультантом техники должны способствовать повышению самооценки партнеров, их уверенности в себе и своей способности изменить поведение, а также пониманию того, что применение средств защиты не противоречит проявлению любви и доверия друг к другу.

Несмотря на то, что большинство программ интервенции было разработано именно для дискордантных пар, подобные программы имеют перспективу применения и в работе с теми парами, где оба партнера имеют ВИЧ-негативный статус. Реальность современной жизни говорит о том, что в большинстве случаев мы не можем быть уверены в абсолютной верности нашего партнера и в том, что он никогда не инфицируется ВИЧ. В то же время, характер отношений в паре не предполагает использования средств защиты именно по причине любви, доверия и продолжительности отношений. Например, одно из исследований в Кении показало, что работницы секс-бизнеса, всегда использовавшие презерватив со своими клиентами, практически не использовали его с постоянными партнерами и партнерами «по любви». Столь различные подходы к защите от ВИЧ они объясняли фактором оплаты, разделяя с ее помощью понятия «бизнес» и «любовь». В России, при переходе эпидемии ВИЧ из концентрированной стадии в генерализованную, среди новых случаев заражения ВИЧ, произошедших половым путем, в большей части инфицирование произошло именно в контексте стабильных или супружеских отношений. В связи с этим, традиционное направление семейных профилактических программ, связанное с укреплением моногамности и верности партнеру, должно быть дополнено программами, нацеленными на реальную оценку существующих в паре рисков и применение адекватных мер защиты своего здоровья.

Методы групповой превенции

Тренинг навыков безопасного поведения – касается целого ряда техник работы с группой, нацеленных на повышение ответственности за свое здоровье и на пропаганду здорового образа жизни. В большинстве случаев тренинг базируется на когнитивно-поведенческом подходе, который рассматривает в качестве основного объекта профилактического воздействия не только поведенческие навыки, но и когнитивные структуры, ответственные за выбор поведения. Базовое предположение поведенческого подхода заключается в том, что любое проблемное поведение является продуктом неправильного научения, поэтому его можно модифицировать путем усвоения альтернативных форм поведения взамен прежних дезадаптивных паттернов.

Согласно когнитивно-поведенческой концепции, для изменения поведения программа вмешательства должна включать три компонента: информационный, мотивационный и поведенческий. Информация о возможных негативных последствиях рискованного поведения и о методах снижения риска является необходимым первым шагом на пути к изменению поведения. Мотивация к изменениям определяет действия клиента, который, обладая полной информацией, сделает выбор в пользу той или иной формы поведения. Понимая последствия различных форм своего поведения и делая осознанный выбор, клиент, тем не менее, должен ответить для себя на вопрос «Как?». Обладая достаточными навыками для достижения результата, он сможет сделать все, чтобы информация и мотивация реализовались в положительных поведенческих изменениях.



Информационный компонент тренинга может включать мини-лекции, видеофильмы, познавательные игры, печатные материалы (плакаты, брошюры). Объем и сложность информации зависит от темы, а также от возраста и уровня образования клиентов, однако не стоит забывать: чем больше информации вы пытаетесь дать в процессе тренинга, тем менее эффективно она будет усваиваться. Наилучшим образом информация воспринимается, когда она дается в ответ на возникшую потребность (например, ответ на вопрос), а также в случаях, когда она связана с переживанием эмоций. В тренинге рекомендуется минимизировать подачу информации в форме лекций и увеличить долю дискуссий, познавательных или ролевых игр.

Один из приемов, который используется для облегчения восприятия информации, особенно в работе с детьми и подростками – персонификация информации. В этом случае информация подается от лица какого-либо героя, с которым легко может идентифицировать себя большая часть группы, и который вызывает у участников разнообразные эмоции: интерес, сочувствие, симпатию. Персонификация также помогает снизить защитные барьеры, которые препятствуют восприятию информации участниками тренинга в тех случаях, когда она не согласуется с их ожиданиями или вступает в конфликт с существующими у них установками или мифами.

Мотивационный компонент включает упражнения, направленные на осознание личного риска, переживание негативных эмоций от возможных последствий проблемного поведения, а также переживание положительных эмоций в случае изменения этого поведения. Группа в данном случае должна служить катализатором изменений и усиливать как негативный фон при реализации проблемного поведения, так и положительные эмоции в случае достижения желаемого результата. Как уже отмечалось выше, социальное давление или социальная поддержка – мощный фактор поведенческих изменений, и может в значительной степени влиять на мотивацию к изменениям каждого отдельного участника группы.

Поведенческий компонент включает ситуационные и ролевые игры на выработку навыков безопасного поведения. Независимо от конкретной тематики тренинга в его основе всегда лежит развитие специальных навыков, способствующих лучшей адаптации клиента в социуме и более эффективному контролю своего поведения. Развитие этих базовых навыков помогает клиенту в момент принятия решения дать более точную и адекватную оценку ситуации и своим действиям, а также обрести большую степень самоконтроля, что в конечном счете приводит к выбору более адаптивных форм поведения и снижает риск. Можно выделить четыре основные группы базовых навыков, развитие которых лежит в основе тренинга безопасного поведения: (1) асертивность; (2) коммуникативная компетентность; (3) навыки разрешения проблем; (4) навыки управления эмоциями.

Ассертивность – это уверенность в себе в сочетании с настойчивостью. Навыки асертивности необходимы клиенту, чтобы противостоять давлению группы и уметь отстаивать свои интересы. К этому же разряду относится умение говорить «нет» в те минуты, когда клиента заставляют сделать что-то, чего он в действительности не хочет делать. В приложении к теме профилактики рискованного поведения этот навык, например, может помочь подростку отказаться от сигареты или наркотика, который ему предлагают приятели, или позволит девушке отказаться от физической близости, если партнер не хочет использовать презерватив.

Коммуникативная компетентность – это группа навыков, обеспечивающих эффективное взаимодействие с окружающими. Эффективная коммуникация предполагает не только ясное и свободное выражение своих мыслей, но и умение понять мысли и чувства другого. Коммуникативные качества помогают выражению асертивности, так как позволяют клиенту отстаивать свои интересы, не задевая чувств других людей и не проявляя агрессии. Кроме того, коммуникативные навыки позволяют избегать конфликтов и стрессов в межличностной сфере, которые часто являются причинами последующего проблемного поведения.

Навыки разрешения проблем позволяют клиенту точно оценивать ситуацию, анализировать ее, выявлять источник проблемы и ее последствия и находить оптимальное решение. Кроме того, в сложной ситуации навыки проблемноразрешающего поведения помогают клиенту найти и мобилизовать имеющиеся внутренние и внешние ресурсы и тем самым избежать кризиса или изоляции. Навык разрешения проблем способствует развитию адаптивности клиента, помогает ему приспособиться в трудной ситуации избежать лишнего стресса. С точки зрения профилактики, навыки разрешения проблем могут помочь подростку вовремя оценить ситуацию как опасную и избежать неблагоприятных последствий.

Навыки управления эмоциями позволяют клиенту усилить самоконтроль, справиться с ситуациями, вызывающими стресс или злость. Большинство необдуманных поступков мы совершаем под воздействием сильных негативных эмоций. Рискованное поведение также часто является способом заглушить гнев, злость, разочарование или страх. Умение осознавать негативные мысли и чувства, изменять свое состояние, добиваясь физического и психического расслабления, позволяет клиенту устранить предпосылки своего рискованного поведения, усиливает чувство контроля над собственным телом и над своей жизнью, повышает его степень уверенности в себе и своих возможностях.

Преимуществом групповых программ профилактики является их возможность использовать фактор социального влияния, а также межличностных отношений. Если в случае индивидуальной интервенции воздействие оказывает один консультант, то здесь это воздействие умножается за счет участия других членов группы. Кроме того, группа может воспроизводить модель социума, позволяя каждому участнику решать проблемы, связанные с социальным и межличностным взаимодействием. Особенно широко групповые формы профилактики применяются в работе с подростками, поскольку в этом

возрасте группа имеет наиболее сильное влияние на личность и служит источником поведенческих изменений.

Контрольные вопросы к теме:

1. Какая теоретическая концепция лежит в основе техники мотивационного интервью?
2. Назовите максимальное количество стадий развития мотивации, на которое может продвинуться клиент за одну встречу
3. В чем заключается принцип разрыва при проведении мотивационного интервью?
4. Почему процедура добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ помимо диагностики оказывает еще и профилактический эффект?
5. Назовите основные задачи консультанта при проведении дотестового консультирования.
6. Что такое социальное сопровождение?
7. В чем состоит особенность взаимоотношений между клиентом и специалистом по социальному сопровождению?
8. Какие три компонента должна включать программа тренинга безопасного поведения для того чтобы быть эффективной?

Рекомендуемая литература

1. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. СПб, 2010.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: клинические рекомендации. М, 2010.
3. Леви Дж.Э. ВИЧ и патогенез СПИДа. М, 2010.
4. Либман Г., Макадон Х.Дж. ВИЧ-инфекция.М, 2012.
5. Планирование, осуществление и оценка эффективности программ профилактики ВИЧ-инфицирования среди учащихся учреждений системы начального и среднего профессионального образования: научно-методическое пособие. Под ред. Гурвича И.Н., СПб, 2008.

6. Шаболтас А.В., Тюсова О.В., Козлов А.П. ВИЧ-инфекция и особенности рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков: результаты лонгитюдного исследования в Санкт-Петербурге. СПб, 2010

Дополнительная литература:

1. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW), Алматы, 2007
2. Case Management Society of America. (2002). Standards of practice for case management. Little Rock, AR: Author.
3. Standards For HIV/AIDS Case Management. New York State Department of Health AIDS Institute. 2006
4. Соколов Н.В., Бородкина О.И., Козлов А.П. Здоровье и поведенческие риски студенчества. СПб, 2007
5. Программа профилактического тренинга для подростков «Ступени». Руководство для тренера. СПб, 2009