



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ
ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРЕВЕНЦИИ

ПСИХОЛОГИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

RISK-ПРЕВЕНЦИЯ
BEHAVIOR
ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА
НАРКОТИКИ INTIMATE PARTNER VIOLENCE
HARM REDUCTION ТРАНСМИССИЯ
ДИСКРИМИНАЦИЯ
ПАЦИЕНТ ВАКЦИНА HIV-1 · HIV-2
ПРЕВЕНТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВААРТ
ЗАРАЖЕНИЕ КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
СПИД СТАДИЯ РАЦИОНАЛЬНЫЙ MODEL
ИММУНОДЕФИЦИТ ИСМ
ASSERTIVE COMMUNIT EATMENT
ЭПИДЕМИЯ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЛИЧНОСТНЫЕ
АНТИРЕТРОВИРУСН ТЕРАПИЯ
РЕЦИДИВ ПРЕДВЕРЖАТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЙ АСТ
НЕДОПУЩЕНИЯ ТЕОРИЯ
ТРАНСТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДИФфуЗИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ
ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРЕВЕНЦИИ

Учебно-методическое пособие

2-е издание, исправленное и дополненное

Под общей редакцией *А. В. Шаболтас*



ИЗДАТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 616
ББК 88.4;88.5
В54

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. *Т. В. Красносельских*
(Первый С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова);
канд. психол. наук, доц. *С. В. Горбатов* (С.-Петербург. гос. ун-т)

*Рекомендовано Учебно-методической комиссией
факультета психологии
Санкт-Петербургского государственного университета*

ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы
В54 исследований и превенции: учеб.-метод. пособие. — 2-е изд.,
испр. и доп. / [А. В. Шаболтас, О. Н. Боголюбова, Р. В. Скочилов,
Ю. В. Батлук]; под общ. ред. А. В. Шаболтас. — СПб.: Изд-во
С.-Петербург. ун-та, 2018. — 126 с.
ISBN 978-5-288-05821-9

В пособии представлены теоретические и практические основы исследовательской и превентивной работы в области ВИЧ-инфекции. Рассмотрены биологические и клинические основы превенции ВИЧ/СПИД, специфика рискованного поведения, психологических и социальных факторов заражения и распространения ВИЧ-инфекции. Описаны теоретические модели, подходы к профилактике, виды превентивных программ и методы индивидуальной и групповой превенции.

Издание предназначено для студентов факультетов психологии, в первую очередь обучающихся по программам «Клиническая психология» и «Психология здоровья». Материалы пособия также могут представлять интерес для преподавателей, аспирантов, практических психологов, социальных работников и других специалистов, занимающихся вопросами профилактики и психологической помощи.

УДК 616
ББК 88.4; 88.5

Пособие подготовлено при поддержке гранта РГНФ «Комплексная дистантная программа профилактики социально значимых заболеваний: психологические и медицинские основы разработки и оценка эффективности» (№ 15-06-10506)

ISBN 978-5-288-05821-9

© Санкт-Петербургский
государственный университет, 2018
© А. В. Шаболтас, О. Н. Боголюбова,
Р. В. Скочилов, Ю. В. Батлук, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Предисловие | 5 |
| Введение | 6 |
| Глава 1. Биологические и клинические основы превенции ВИЧ/СПИД..... | 10 |
| Основные понятия и история | 10 |
| Происхождение ВИЧ | 12 |
| Строение вируса иммунодефицита человека | 13 |
| Патогенез ВИЧ-инфекции..... | 14 |
| Биологические свойства ВИЧ..... | 16 |
| Факторы передачи и источники заражения ВИЧ..... | 17 |
| Клиническое течение ВИЧ-инфекции | 18 |
| Лечение ВИЧ-инфекции | 21 |
| Тестирование на ВИЧ | 23 |
| Глава 2. Пути распространения ВИЧ-инфекции и понятие рискованного поведения в отношении ВИЧ/СПИД..... | 27 |
| Пути передачи ВИЧ..... | 27 |
| Риск инфицирования ВИЧ (мировая статистика) | 31 |
| Рискованное поведение в отношении ВИЧ/СПИД..... | 33 |
| Глава 3. Психологические и социальные детерминанты риска заражения ВИЧ..... | 36 |
| Индивидуально-личностные детерминанты риска заражения | 37 |
| Межличностные (групповые) детерминанты риска заражения | 40 |
| Социальные (системные) детерминанты риска заражения | 42 |

| | |
|---|-----------|
| Глава 4. Теоретические подходы и модели превенции ВИЧ/СПИД..... | 44 |
| Социально-когнитивная теория..... | 44 |
| Транстеоретическая модель стадий изменений поведения | 46 |
| Модель убеждений в отношении здоровья..... | 48 |
| Теория обоснованных, или мотивированных действий..... | 50 |
| Экологическая теория | 52 |
| Теория социальной диффузии, или диффузии инноваций | 58 |
| Модель «Информация — Мотивация — Поведение» | 60 |
| Модель снижения риска СПИД | 73 |
| Модель превенции ВИЧ с использованием индивидуальных ресурсов и социальных сетей..... | 75 |
| Глава 5. Подходы, виды и уровни превенции ВИЧ..... | 78 |
| Подходы к профилактике социально значимых заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию | 78 |
| Виды превенции ВИЧ..... | 85 |
| Уровни превенции ВИЧ | 87 |
| Принципы превенции ВИЧ | 88 |
| Глава 6. Методы превенции ВИЧ на индивидуальном и групповом уровнях..... | 90 |
| Цели и задачи индивидуальной и групповой превенции ВИЧ | 91 |
| Методы индивидуальной превенции | 92 |
| Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ | 96 |
| Превентивные программы для супружеских пар | 102 |
| Методы групповой превенции ВИЧ | 104 |
| Социальное сопровождение клиента | 107 |
| Проверка эффективности и приемлемости программы индивидуального сопровождения для потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся в ВААРТ | 111 |
| Список рекомендуемой литературы | 124 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Основной целью пособия является знакомство студентов с психологическими и социальными аспектами эпидемии ВИЧ/СПИД, а также теоретическими и прикладными основами превенции ВИЧ-инфекции. В первую очередь издание предназначено для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования по направлению «Клиническая психология» (специализация «Поведенческая психология здоровья»), а также для студентов магистерской программы «Психическое здоровье». Материалы пособия предназначены для использования в рамках целого ряда учебных курсов, таких как: «Психологические основы превенции ВИЧ/СПИД», «Актуальные проблемы поведенческой психологии здоровья», «Планирование и организация превентивных программ на уровне сообществ», «Современные подходы к оказанию социальной и психологической помощи потребителям наркотиков», «Организация исследований в психологии здоровья», «Дизайн психологического исследования», «Основы психологии поведения».

Данная учебно-методическое пособие является вторым изданием одноименного пособия 2012 года, которое было в значительной степени переработано и дополнено с учетом многолетнего опыта авторов по разработке и оценке эффективности различного вида и уровня превентивных поведенческих вмешательств в отношении ВИЧ/СПИД в рамках уникальных исследовательских проектов, реализованных в Санкт-Петербурге в период с 2002 по 2017 год. Наряду с подробным анализом теоретико-методологических аспектов психологической и социальной профилактики ВИЧ/СПИД, представленных в работах отечественных и зарубежных авторов, в пособии приводятся конкретные примеры эффективных превентивных вмешательств, направленных на изменение рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции, прошедших апробацию в ходе лонгитюдных исследований, в частности, программа индивидуального поведенческого вмешательства для снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией взрослых лиц и программа индивидуального сопровождения для потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся в ВААРТ.

Для облегчения усвоения материала в конце каждой главы даются контрольные вопросы по теме. В конце книги приводятся списки основной и дополнительной рекомендованной литературы.

ВВЕДЕНИЕ

Эпидемия заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), возникшая в начале 1980-х годов как болезнь определенных социальных групп общества, так называемых групп риска, мало затрагивавшая общую популяцию, за 30 лет превратилась в глобальный кризис и сегодня представляет собой одну из наиболее серьезных угроз для общественного здоровья и социального развития человечества. По экспертным оценкам Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД и Всемирной организации здравоохранения сейчас в мире насчитывается более 35 млн человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, в том числе 2 млн детей в возрасте до 15 лет.

Ежедневно в мире инфицируется ВИЧ более 7 тыс. человек, более 5 тыс. умирает от заболеваний, вызванных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Около 20 млн детей в мире потеряли одного либо обоих родителей вследствие смерти от заболеваний, связанных со СПИД. Самым неблагополучным в этом отношении регионом остаются государства Африки, в которых проживают около 22 млн человек, характеризующихся как ВИЧ-положительные. На данный регион приходится до 70 % всех случаев ВИЧ/СПИД в мире. В ЮАР инфицирован каждый пятый 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. В России в конце 2016 года среди мужчин в возрасте 35–39 лет 2,8 % жили с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. При этом наиболее быстрыми темпами эпидемия развивается в Восточной Европе, 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 высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) как комплексного лечения ВИЧ и длительного сохранения

жизни ВИЧ-инфицированных, это заболевание по-прежнему остается 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 Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, на конец декабря 2016 года в стране зарегистрировано 1 114 815 случаев ВИЧ-инфекции. По разным причинам умерло 243 863 ВИЧ-инфицированных. Показатель числа инфицированных ВИЧ на 100 тыс. населения неуклонно растет: со 121 в 2001 году до 248 в 2006-м и 594,3 в 2016-м.

В 2000 году на долю подростков и молодежи в возрасте 15–20 лет приходилось 24,7% вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, в результате ежегодного уменьшения в 2014 году эта группа составила 1,4%. Доля случаев ВИЧ в возрастной группе 20–30 лет сократилась с 64% в 2001–2004 годах до 29,4% в 2014 году. Увеличение доли новых выявленных случаев наблюдается в возрасте 30–40 лет (с 9,9% в 2000 г. до 46,8% в 2014 г.) и 40–50 лет (с 2,4% в 2000 г. до 15,3% в 2014 г.).

С 2002 года отмечается увеличение доли женщин в общем количестве ВИЧ-инфицированных. К концу 2014 года в России было зарегистрировано более 330 тыс. инфицированных ВИЧ женщин (36,9% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции).

По-прежнему основным фактором риска заражения ВИЧ в России является совместное использование шприцев и другого инъекционного оборудования. У 48,8% ВИЧ-позитивных, обнаруженных в 2016 году, основным фактором риска заражения было признано инъекционное употребление наркотиков нестерильным инструментарием (2012 г. — 56,3%, 2010 г. — 56%, 2008 г. — 58,8%).

Незащищенные гетеросексуальные контакты как основной фактор риска заражения указаны у 48,7% впервые выявленных ВИЧ-позитивных за 2016 год (в 2013 г. — 43,5%, 2009 г. — 38,4%). Доля ВИЧ-позитивных лиц, заражение которых было связано с половыми контактами между мужчинами, в 2016 году составила 1,5% (2013 г. — 1,0%, 2009 г. — 1,3%).

Проблема превенции ВИЧ/СПИД в России давно вышла за рамки медицинского подхода. Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, 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 СПИД 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, объясняющих, почему необходимо развитие усилий с целью предотвращения распространения ВИЧ-инфекции в нашей стране:

1. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что Россия находится на пороге широкого проникновения ВИЧ-инфекции в основную популяцию населения. Инъекционный путь заражения среди наркозависимых являлся основным с 1996 года. Начинает стремительно распространяться сексуальный путь передачи инфекции, что неминуемо приведет к этапу развития эпидемии, когда основной уязвимой группой 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 служит 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 мировой пандемии ВИЧ/СПИД. Биологи достигли огромных успехов. Выделен и описан вирус иммунодефицита человека, 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 не следует забывать о том, что создание и широкое внедрение вакцинового препарата — это крайне трудоемкий многолетний процесс. Человечеству потребовалось приблизительно 100 лет, чтобы искоренить оспу после того, как эффективная вакцина была создана и начала внедряться (при том, что заболевание было относительно простым с биологической точки зрения, а препарат — дешевым).

4. В области лечения ВИЧ-инфекции и СПИД также 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 ВААРТ, говорят не как об умирающих от СПИД, а как о людях, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ).

При этом существует ряд объективных и субъективных барьеров для широкого внедрения ВААРТ в нашей стране. Стоимость препаратов по-прежнему достаточно высока. Лечение одного пациента в год обходится приблизительно в 10–15 тыс. долларов. И даже в богатых странах оно доступно не всем. Страны с ограниченными ресурсами оказываются не в состоянии приобретать и внедрять современные препараты. Среди субъективных барьеров для употребления антивирусных препаратов заболевшими необходимо отметить индивидуальные проблемы переносимости (побочные эффекты в виде постоянной рвоты, тошноты и т. п., влекущие за собой отказ от лечения), сложности при соблюдении режима регулярного приема лекарств, так называемая приверженность к лечению.

5. Экономический и социальный кризис (переходный период) в стране сопровождался усилением угнетенности российского населения как экономическими, так и социальными проблемами (наркомания, алкоголизм, ухудшение системы здравоохранения и т. д.).

6. В отличие от многих инфекций, например передающихся воздушно-капельным путем, таких как грипп или острые респираторные вирусные инфекции, 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 связи с этим 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.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ / СПИД

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ИСТОРИЯ

В сфере здравоохранения термины «профилактика» и «превенция» 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. Во-первых, 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. Во-вторых, 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 главный смысл, с нашей точки зрения, заключается в подчеркивании активной роли объекта вмешательства (человека, группы, сообщества) в предотвращении заражения. Третье основание для использования термина «превенция» связано с необходимостью интеграции отечественных ученых и практиков в современное международное профессиональное пространство, в котором использование данного термина является более распространенным.

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 высоковосприимчив к различным оппортунистическим

инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели больного.

Оппортунистические инфекции (от англ. *opportunity* — возможность) — это инфекции, которые проникают в организм, ослабленный ВИЧ.

СПИД (*AIDS — acquired immunodeficiency syndrome*) — синдром приобретенного иммунодефицита; 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 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 авторы признавали равные заслуги друг друга. В 2008 году 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 (сексуальные контакты женщин с выходцами из африканских стран, мужчин с мужчинами). В 1989 году в двух городах — Элисте и Волгограде — более 250 детей были инфицированы ВИЧ в результате использования нестерильного медицинского оборудования. С 1994–1996 годов эпидемия ВИЧ в России, следуя за эпидемией героиновой наркомании, преимущественно стала развиваться за счет совместного использования наркопотребителями нестерильных шприцев.

Сегодня небезопасное употребление инъекционных наркотиков по-прежнему остается ведущим фактором распространения ВИЧ в Российской Федерации, при этом наблюдается устойчивое нарастание значимости сексуального пути передачи ВИЧ в общей популяции, особенно среди подростков и молодежи.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ВИЧ

Точное место происхождения ВИЧ 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 — это последствие испытания лекарственных препаратов. Есть также малоубедительное мнение, 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, что ВИЧ — это биологическая мутация вируса иммунодефицита обезьян, т. е. вирус животного происхождения. 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, что он 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 подтверждается самыми сильными эпидемиологическими доказательствами.

В настоящее время в мире обнаружены два типа вируса иммунодефицита человека: HIV-I и HIV-II, а также субтипы: A, B, C, D, E, F, G, H, O и три рекомбинантных (комбинированных) субтипа. Наибольшее эпидемиологическое значение имеет HIV-I, 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, субтипы В, G, Н — в 1%. Для сравнения: в США преобладает HIV-I 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 входит в семейство ретровирусов («обратных» вирусов), которые содержат в своей структуре специфический фермент — обратную транскриптазу, способную копировать вирусную РНК в ДНК. ВИЧ имеет типичное для всех ретровирусов строение. Под электронным микроскопом зрелая частица ВИЧ (вирион) имеет форму шара и выглядит как экзотический цветок (рис. 1). Диаметр вириона 100–140 нм (1/10 000 мм). Для наглядности: на линии длиной 1 см может

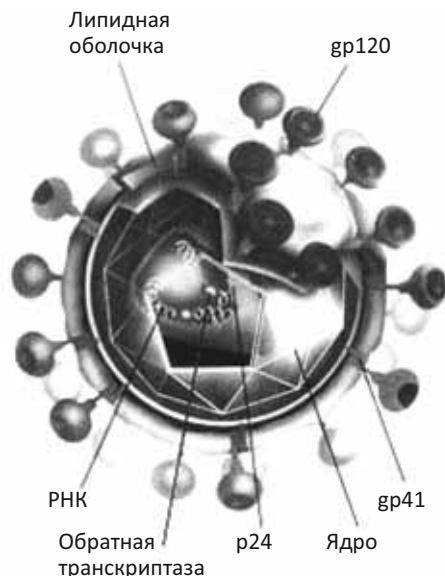


Рис. 1. Строение вируса иммунодефицита человека [Источник: Шаболтас А. В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб., 2015]

свободно разместиться от 70 до 100 тыс. вирионов, а на площади с копеечную монету — несколько десятков миллионов.

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 (гликопротеин — белок, содержащий углеводный компонент), по виду напоминающие грибы. «Шляпка гриба» состоит из трех молекул гликопротеина gp120, а «ножка гриба» — из трех молекул гликопротеина gp41. Под оболочкой расположена сердцевина вириона, по форме похожая на усеченный конус. У сердцевины также есть оболочка, состоящая из белка p24. Внутри сердцевины расположены две молекулы вирусной РНК и три вирусных фермента: обратная транскриптаза, интеграза, протеаза.

Каждая вирусная РНК состоит из девяти 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 («дирижер» 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. за 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 gp120 с CD4 этот гликопротеин изменяет свою пространственную структуру, что позволяет ему связаться с молекулой (механизм адгезии, или «прилипания»). Это дает возможность gp120 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 однонитевой 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. 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 редких случаях ВИЧ может также прямо проникать в клетки-мишени (механизм фузии). Однако 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 ученые, не инфицируются ВИЧ.

Уменьшение количества клеток, несущих рецептор CD4, приводит к ослаблению цитотоксической активности CD8 Т-лимфоцитов, способных уничтожать инфицированные вирусом клетки. В результате исчезает контроль попадающих в организм возбудителей бактериальных, вирусных, грибковых, протозойных и других побочных (оппортунистических) инфекций, а также раковых клеток. 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:

1. Вирусные инфекции, особенно цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус герпеса 6-го типа, которые имеют то же «место обитания», что и ВИЧ — Т-лимфоциты («два медведя в одной берлоге»). Наличие в организме данных вирусов, поскольку они во многом схожи с ВИЧ, может приводить к ложноположительным результатам при тестировании крови на наличие антител к ВИЧ.
2. Бактериальные инфекции.
3. Средовые факторы (радиация, экология, химиотерапия).

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ВИЧ

Для разработки и внедрения превентивных вмешательств в отношении ВИЧ-инфекции необходимо учитывать биологические свойства ВИЧ.

1. Основное свойство ВИЧ, которое обуславливает сложность как создания вакцины, так и превенции — это высокая изменчивость. Мутационная активность у ВИЧ в 5 раз выше, чем у вируса гриппа. Международная база данных содержит информацию о геномах нескольких десятков тысяч вариантов ВИЧ-1, обнаруженных в различных 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 во внешней среде: он инактивируется (теряет способность к заражению) при температуре 56°C за 30 мин (для гарантии безопасности препаратов крови их обрабатывают при 56–60°C в течение 3–5 ч, а иногда и дольше); погибает при кипячении через 1–3 мин; погибает при резком изменении реакции среды или кислотно-щелочного баланса (при 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 сохраняется в течение нескольких лет;
 - в замороженной сперме ВИЧ сохраняется несколько месяцев.
3. Вирус относительно устойчив к ионизирующей радиации, ультрафиолетовому облучению, замораживанию при –70°C.

ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ И ИСТОЧНИКИ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Источником ВИЧ-инфекции может быть только инфицированный ВИЧ человек в стадии как бессимптомного вирусоносительства, так и развернутых 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), 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. В слюне, слезной жидкости, моче вирус находится в количестве, недостаточном для заражения. Кроме 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:

- 1) связанные с вирусом: количество вирусов (концентрация), объем инфицирующей жидкости, субтип вируса, предшествующая антиретровирусная терапия в отношении ВИЧ;
- 2) 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 количества вирусов, т. е. уровня репликации вируса (показатель вирусной нагрузки). Количество, или уровень, CD4-клеток также является значимым фактором, влияющим на клинические проявления ВИЧ. При увеличении количества вирусов (повышении вирусной нагрузки) и критическом снижении уровня CD4-лимфоцитов развивается СПИД (рис. 2). 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 неделю после начала острых проявлений, а через две недели большинство больных становятся 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, обуславливает специфическую тактику те-

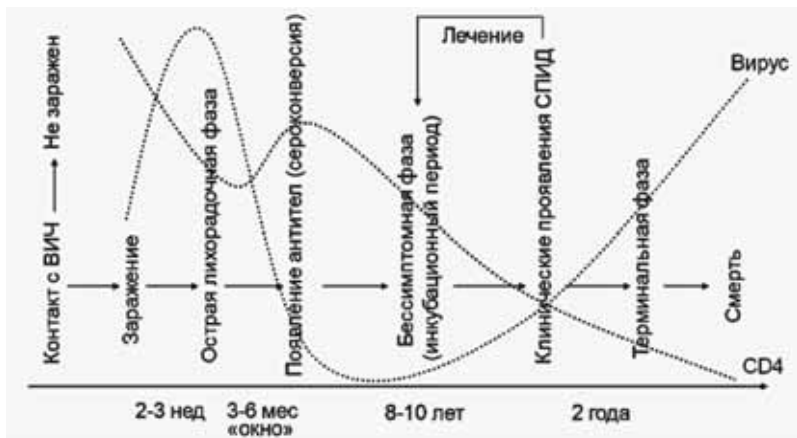


Рис. 2. Клиническое течение ВИЧ-инфекции [Источник: Шаболтас А. В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб., 2015]

стирования. 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 послетестового консультирования, которое должно обязательно проводиться во время тестирования на ВИЧ.

При установлении стадии и тяжести развития ВИЧ-инфекции, а также для решения вопроса о назначении пожизненной ВААРТ в отношении ВИЧ врачи-инфекционисты используют как показатели вирусной нагрузки (уровень РНК ВИЧ) и количества CD4-клеток, так и клинические проявления болезни.

Классификация клинического течения ВИЧ (Покровский В. И. ВИЧ-инфекция или СПИД? // Терапевтический архив. 1989. Т. 67, № 11):

I. Стадия инкубации. Протекает минимум 2–3 недели, средняя продолжительность — 6–9 месяцев, максимальная — 3–5 лет.

II. Стадия первичных проявлений. Выделяются 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 выяв-

Таблица 1. Классификация стадий ВИЧ-инфекции Центра по контролю над заболеваниями США (CDC, 1993)

| Уровень CD4-Т-лимфоцитов, клеток/мл | Фаза клинического течения ВИЧ-инфекции для клинических категорий | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|
| | А | В | С |
| – | Бессимптомная, острая (первичная) ВИЧ-инфекция или ПГЛ | Манифестная форма, но ни А, ни С | СПИД-индикаторные состояния. Развернутый СПИД |
| > 500 | A1 | B1 | C1 |
| 200–499 | A2 | B2 | C2 |
| < 200 | A3 | B3 | C3 |

ляют обычно по завершении острой фазы. 2Б — 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 иммуноблотинга (ИБ). 2В — фаза персистирующей генерализованной лимфоаденопатии (ПГЛ) 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 отсутствие 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 массы тела более 10 %, необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца, волосатая лейкоплакия, туберкулез легких, 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, легких, внелегочный туберкулез, кахексия, атипичные микобактериозы,

диссеминированная саркома Капоши, поражения ЦНС различной этиологии.

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

В соответствии с классификацией ВИЧ-инфекции, предложенной в 1993 году Центром по контролю над заболеваниями (CDC), США, диагноз СПИД устанавливается всем лицам с клинической категорией С (независимо от уровня CD4-клеток), а также больным, имеющим уровень Т-лимфоцитов CD4 ниже 200 клеток/мл, даже при наличии клинических категорий А или В и отсутствии СПИД-индикаторных болезней (табл. 1).

ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

К настоящему времени не существует 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 тече-

ние 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 ВААРТ.

Высокоактивная антиретровирусная терапия подразумевает использование трех-четырёх препаратов, останавливающих распространение ВИЧ на разных этапах его проникновения в клетку и развития в организме человека. Поскольку ВИЧ чрезвычайно изменчив, он быстро приспосабливается к лекарственным препаратам, поэтому ВААРТ 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 ВААРТ останавливает размножение ВИЧ и поэтому снижает количество вируса в крови.

Появление и внедрение ВААРТ 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 ВААРТ является нецелесообразным как с клинической, так и с экономической точки зрения, а слишком позднее — не так эффективно. При решении вопроса о начале ВААРТ медицинский консилиум обычно принимает во внимание и лабораторные показатели (уровень CD4 ниже 350 клеток/мл; уровень вирусной нагрузки более 100 тыс. копий в 1 мл крови), 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 ВААРТ, 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 большое количество антител и отмечаться снижение уровня CD4. В случае если лабораторные показания для ВААРТ выявляются впервые, а клинические показания отсутствуют, для решения

вопроса о целесообразности начала терапии необходимо проведение повторного исследования. При уровне CD4-лимфоцитов менее 200 клеток/мл оно проводится не ранее чем через 4 недели после получения результата, подлежащего подтверждению. При уровне CD4-лимфоцитов от 200 до 350 клеток/мл — с интервалом не менее 12 недель.

Большое значение имеет готовность и мотивация ВИЧ-инфицированного, а также способность к регулярному и безостановочному приему препаратов (приверженность 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

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 (гомосексуалы, потребители наркотиков, иностранцы). Реакция на появление ВИЧ на государственном уровне выражалась также в игнорировании 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 СПИД. О масштабах тестирования на ВИЧ говорят следующие цифры: с 1987 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, которые передаются 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 как превентивную.

В 1995 году в России был принят закон «О мерах по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)», в котором впервые были провозглашены принципы организации и проведения тестирования на ВИЧ, полностью соответствующие международным стандартам и научным данным об эффективности превенции. 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.

В отличие от многих других методов диагностики тестирование на ВИЧ обязательно должно сопровождаться до- и послетестовым консультированием независимо от результата теста. Данное право пациента регламентируется федеральным законом и подзаконными актами. Тестирование на ВИЧ является важной и высокоэффективной стратегией в превенции ВИЧ/СПИД и на общественном, и на индивидуальном уровне. Тестирование в первую очередь наиболее эффективно как метод вторичной превенции, направленный на выявление и предотвращение инфекций при наличии рискованных в отношении ВИЧ поведенческих практик.

Выгоды от внедрения тестирования очевидны и включают: обеспечение безопасности крови и других донорских препаратов; вы-

явление 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 послетестовое консультирование способствует элиминации рисков и усилению превентивной и помогающей роли тестирования.

Тестирование на ВИЧ как процедура носит добровольный характер; может быть анонимной; без до- и послетестового 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.

Тестирование крови на ВИЧ предполагает два этапа и вида:

1. Иммуноферментный анализ (ИФА, *ELISA test*), с помощью которого в сыворотке крови выявляются антитела к ВИЧ. У некоторых людей антитела присутствуют в крови в достаточном количестве уже через две недели. Тем не менее у большинства образование антител занимает больше времени. Чтобы результат теста был достаточно достоверен, необходимо, чтобы прошло около трех месяцев после рискованной ситуации. После трех месяцев тест ИФА достоверен у 95–98 % людей, т.е. у подавляющего большинства. Тесты ИФА четвертого поколения способны выявлять не только антитела, но и антиген ВИЧ, который появляется в крови вскоре после заражения. Поэтому при использовании теста четвертого поколения достаточно шести недель после риско-

ванной ситуации, чтобы узнать, произошло заражение или нет.

Иммуноферментный анализ используется для первичного скрининга (проверки) и поэтому обладает высокой чувствительностью. В случае проведения ИФА возможны ложноположительные результаты, 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 двух 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 и задания

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?

ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ПОНЯТИЕ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ / СПИД

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

Вирус иммунодефицита человека, как отмечалось в предыдущей главе, 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 сколько-нибудь значимых количествах. Именно эти различия 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 оборудования для инъекций, инфицированного ВИЧ;
- 3) перинатальный (вертикальный) путь заражения от ВИЧ-инфицированной матери к младенцу во время беременности, родов или грудного вскармливания.

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. Пути распространения ВИЧ неодинаковы и различаются по степени риска передачи вируса, кроме 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, предполагающей обмен жид-

костями. 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 и во время вагинального полового контакта при наличии инфекций, передающихся половым путем. В отсутствие травм и микроповреждений риск заражения ВИЧ выше у принимающего партнера как при анальном, так и при 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 восемь 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 половым путем являются: наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) — генитальные язвы, неязвенные 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. Заражение парентеральным путем 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; б) при употреблении наркотиков инъекци-

онным 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 100 %-ной. Инфицирование также может произойти при использовании зараженных шприцев, 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.

В настоящее время в большинстве стран мира, включая Российскую Федерацию, случаи заражения ВИЧ при проведении медицинских процедур являются единичными чрезвычайными происшествиями, но в первые годы эпидемии ВИЧ/СПИД это было не так. 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, 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 стране исключено возникновение СПИД, этой «аморальной западной болезни». В результате не были приняты меры по защите банков донорской крови и, как уже упоминалось, в 1989 году в нескольких детских больницах Элисты и Волгограда произошло массовое заражение детей. Только после этого была введена жесткая регуляция скринирования донорской крови, а также запрещено использование любых шприцев, кроме одноразовых.

В рамках обсуждения проблемы заражения ВИЧ парентеральным путем необходимо 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, заражение ВИЧ при проведении медицинских процедур является редкостью. Таким образом, сейчас, когда речь идет о па-

рентеральном пути распространения ВИЧ-инфекции, основное внимание уделяется заражению в контексте употребления наркотических веществ инъекционным путем. В этом случае заражение может происходить при совместном использовании одного общего шприца для инъекции или разделения вещества для приготовления дозы наркотика; при инъекции шприцем, ранее использовавшимся инфицированным человеком; в некоторых случаях при использовании общей посуды с целью приготовления раствора для инъекций.

Перинатальный (вертикальный) путь. 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 ВААРТ со второго триместра (с 14 недель).

Во время родов заражение обусловлено контактом новорожденного с кровью и слизистым отделяемым из 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. Причем 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.

По данным исследований, из всех случаев вертикального заражения ВИЧ-инфекцией 23–30 % приходится на трансплацентарное заражение, 50–65 % — на заражение во время родов, 12–20 % — на заражение 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:

- тестирование на ВИЧ всех беременных женщин;
- назначение ВААРТ во время беременности или во время родов (если по каким-либо причинам не проводилась ВААРТ во время беременности);
- кесарево сечение как метод родоразрешения;
- запрет грудного вскармливания.

РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ (МИРОВАЯ СТАТИСТИКА)

Самый высокий риск заражения ВИЧ в мире наблюдается в случае переливания здоровому человеку препаратов крови, зараженных ВИЧ. В таких ситуациях заражение происходит в 100 % случаев (1:1). Если донорская кровь проходит обязательную проверку (скрининг) на наличие ВИЧ, вероятность заражения приближается к нулю и составляет 0,0002 % (1:50 000). Как уже отмечалось, 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 ребенку в случае отсутствия дородовой и послеродовой антивирусной терапии для матери и ребенка вероятность заражения достигает 1:3–1:4 (25–30 %); при проведении превентивной терапии с использованием одного препарата (азидотимидин) вероятность снижается до 1:12 (8 %); при ВААРТ — менее 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 (0,8–3,3 %);
- гетеросексуальный контакт: в случае если мужчина ВИЧ-положительный — 1:500 (0,2 %); если женщина ВИЧ-положительна — 1:1000 (0,1 %).

При так называемом профессиональном заражении, т.е. заражении медицинского персонала при уколе иглой, которая ранее использовалась для забора крови у ВИЧ-инфицированного человека, вероятность составляет 1:300 (0,3%). Экстренная краткосрочная антивирусная 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.

Рассмотренные выше пути распространения вируса иммунодефицита человека являются единственно возможными. В силу ряда причин с самого начала эпидемия ВИЧ сопровождалась развитием разнообразных страхов, мифов и предрассудков. Один из самых стойких страхов — это страх возможности бытового заражения ВИЧ в общественном туалете, транспорте, при рукопожатии, объятиях и даже от укуса кровососущего насекомого. Как было показано выше, заражение бытовым путем невозможно с биологической точки зрения. Что же касается кровососущих насекомых, то, как следует из их 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 нетрудно заметить, что заражение происходит в рамках той или иной формы поведенческой активности человека. Особенности поведенческих практик человека в 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 регулирование поведения человека, что привело к победе над распространением той или иной болезни и, более того, изменило 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. На ранних этапах эпидемии (в середине 1980-х — начале 1990-х гг.) 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 коммерческим сексом, 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 настоящее время 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 (например, гомосексуальный половой акт между мужчинами не предполагает неизбежного риска заражения ВИЧ, если они пользуются презервативами; наркопотребитель, вводящий наркотик внутривенно с помощью только собственного инструментария, не имеет риска заражения ВИЧ парентеральным путем).

В современных условиях 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. Известный американский психолог, ведущий мировой специалист в области ВИЧ/СПИД Сет Калишман (*S. Kalichman*) предлагает выделять группы людей в связи с уровнем и характеристиками рискованного поведения:

1. *Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (MSM)*. В первые годы эпидемии в контексте вопросов, связанных с ВИЧ, чаще всего упоминались мужчины гомосексуальной ориентации. В современных условиях принято говорить о мужчинах, имеющих половые связи с мужчинами. Делается это 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.). Поэтому 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.
2. *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 т. д.).
3. *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 Российской Федерации) растет число случаев заражения гетеросексуальным путем вне связи непосредственно с употреблением инъекционных наркотиков.

4. *Лица, имеющие инфекции, передаваемые половым путем.* Как было отмечено выше, наличие у человека некоторых ИППП делает его биологически более уязвимым к заражению ВИЧ (риск вырастает в 3–5 раз). Кроме того, высокая степень распространенности ИППП в популяции является биологическим маркером повышенного риска заражения 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.
5. *Подростки.* Учитывая, что первые симптомы ВИЧ проявляются много лет спустя, можно с определенной долей уверенности утверждать, что большинство 20–30-летних больных СПИД заразились в подростковом возрасте. Подростки уязвимы в силу возрастных особенностей, таких, например, как импульсивность, неуверенность в себе, подверженность групповому влиянию.

Говоря о формах и паттернах рискованного поведения, в качестве особых групп можно также назвать людей, занимающихся коммерческим сексом, заключенных, людей с хроническими психическими расстройствами и/или умственно отсталых, инвалидов, бездомных.

Представленная выше классификация включает в себя всех или практически всех людей, что отражает современные реалии эпидемии ВИЧ и указывает на необходимость недискриминационных, разумных подходов к профилактике ВИЧ/СПИД и психолого-медико-социального сопровождения людей, затронутых эпидемией.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите три пути распространения ВИЧ.
2. Опишите меры профилактики вертикальной передачи ВИЧ.
3. Приведите пример рискованного поведения, делающего человека уязвимым перед заражением ВИЧ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ 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 имеют место в связи с той или иной формой рискованного поведения. Исключение составляет 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 ситуациях 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.

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. Необходимо отметить, что рискованное поведение человека может быть обусловлено и индивидуально-психологическими факторами, и факторами, относящимся к уровню групп и социальных систем. В рамках этого пособия детерминанты риска заражения ВИЧ будут разделены на три группы по уровням: индивидуально-личностный; межличностный и социальный (системный).

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ

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*. Необходимо особо подчеркнуть, что отсутствие информации об эффективных способах защиты ни в коей мере не снижает степень опасности формирования рискованного поведения, но делает более вероятным заражение ВИЧ, т. к. лишает человека возможности защитить себя. Более того, отсутствие достоверной информации приводит к замещению фактов мифами, в том числе о способах профилактики заражения ВИЧ.

Специалисты и исследователи, работающие в области профилактики ВИЧ, сходятся во мнении, 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, всегда определяет то, что человек делает. Таким образом, профилактическая работа не может ограничиваться информированием, но должна сформулировать для населения 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 юноше-

ского 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. 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, уверенность в собственной физической неуязвимости и т. д.

Личностные особенности. Исследование связи между личностными особенностями и риском инфицирования ВИЧ не относится к основным направлениям изучения детерминант заражения ВИЧ, и тем не менее некоторое количество работ по данной тематике ежегодно появляется в специализированных научных журналах. Наиболее интересными 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, которые становятся предметом изучения в данном случае, являются сложными, комплексными, включающими в себя разные характеристики и процессы. Это значит, что ясность и ценность получаемых результатов здесь во многом зависят от точности рабочих определений, сформулированных исследователем. В области изучения психологических и социальных детерминант риска заражения ВИЧ прежде всего можно отметить исследования особенностей мотивационной сферы, в частности экспериментальное моделирование принятия решений в ситуации выбора с использованием психологических и нейробиологических инструментов. Сниженная способность к откладыванию «вознаграждения» чаще всего отмечается исследователями как возможная причина рискованного поведения.

Что касается изучения ценностной сферы индивида в контексте риска заражения ВИЧ, то здесь в последние годы отмечается рост исследований таких факторов, как религиозность и / или духовность индивида. Необходимо отметить, что результаты подобных исследований далеки от однозначности. В первую очередь это связано со сложностью объективной оценки и измерения таких понятий, как «религиозность» и «духовность», а также со значительными культурными различиями в исследуемых выборках. Тем не менее существующие данные позволяют предполагать, что высокая индивидуальная значимость духовной сферы, неформальная вовлеченность в религиозную практику могут служить протективным фактором относительно некоторых форм рискованного поведения.

Рассматривая ценностную сферу в контексте исследований риска заражения ВИЧ, необходимо остановиться на таком явлении, как убеждения индивида. Убеждения — это устойчивые суждения человека о той или иной области жизни. Убеждения могут быть как рациональными, так и иррациональными. В том, что касается риска заражения ВИЧ, особое значение имеют иррациональные убеждения, связанные с ВИЧ. Например, человек может верить в действенность тех или иных нетрадиционных методов защиты от этого вируса 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 том числе относительно сексуальных отношений). В качестве примера можно привести убеждение, 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, зависит также 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 публикаций позволяет говорить о двух основных механизмах взаимосвязи:

- «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;
- депрессивное или тревожное состояние индивида затрудняет межличностные отношения, делает человека уязвимым для манипуляций и давления.

Вышеперечисленные факторы могут встречаться в сочетании, а также вступать во взаимодействие с факторами других уровней — межличностного и системного.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ (ГРУППОВЫЕ) ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ

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 прислушивается 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.

Больше всего исследований межличностных аспектов риска заражения ВИЧ посвящено роли взаимодействия подростков и молодых людей со сверстниками и влияния референтной группы. Здесь речь наиболее часто идет о групповых нормах и давлении (*peer pressure*), которое может испытывать подросток, поступающий не в соответствии с такими нормами. 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 (или ее) самооценку и способность говорить «нет», но и на группу подростков в целом, на построение групповой идентичности, предполагающей здоровый образ жизни.

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, группах военных и пр.).

Следующий по частоте обсуждения фактор — 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 том числе вопроса использования 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.

Таким образом, негативная динамика интимных взаимоотношений, неспособность пары обсуждать предпочтения и ограниче-

ния в сексуальном общении могут быть связаны с особенностями родительских семей и воспитания, полученного взрослыми людьми, которые вступают в интимные отношения. Например, можно предположить, что неграмотность, ханжество и психологические проблемы родителей иногда приводят к отсутствию адекватного полового воспитания детей, а дезадаптивные паттерны взаимоотношений с партнером могут передаваться из поколения в поколение.

СОЦИАЛЬНЫЕ (СИСТЕМНЫЕ) ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ

Точно так же, как на индивида действуют значимые другие и референтная группа, с которой он связан, на социальные группы и индивидов, входящих в них, оказывают воздействие факторы другого порядка — социальные (или системные). 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 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.

Можно привести следующие примеры:

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 уклонению от тестирования на ВИЧ, дальнейше-

му 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 работники коммерческого секса. Представление 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 том числе 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, отсутствие в обществе политики в отношении ВИЧ ограничивает усилия по профилактике эпидемии и затрудняет доступ индивидов к необходимой информации и ресурсам.

Контрольные вопросы и задания

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.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И МОДЕЛИ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ / СПИД

СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ ТЕОРИЯ

Социально-когнитивная теория (*social cognitive theory*) была разработана Альбертом Бандура (*A. Bandura*) и известна 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 (рис. 3).

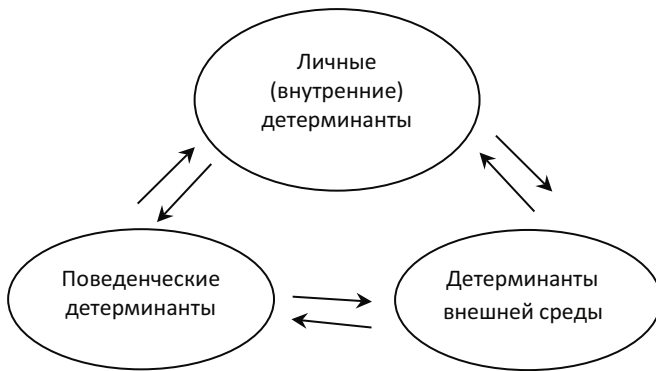


Рис. 3. Социально-когнитивная теория

Таким образом, следует говорить о тройственной функциональной зависимости между поведением, внутриличностными факторами, включающими когнитивные, аффективные и биологические процессы, и внешним окружением. Центральное место в социально-когнитивной теории занимают убеждения, связанные с «само-результативностью», 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 на 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, получения реальных знаний и информации о 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 выработки навыков и развития чувства «саморезультативности», что обычно достигается через управляемую практику и корректирующую обратную связь. В-четвертых, поведенческое изменение для своей реализации требует 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 четыре компонента:

- 1) образовательный;
- 2) повышение чувствительности к опасности;
- 3) повышение мотивации к изменению поведения;
- 4) формирование и тренировку 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 в разных странах при исследовании факторов риска и разработке превентивных интервенций для решения различных проблем в сфере здоровья детей и взрослых, включая превенцию ВИЧ/СПИД в различных группах населения, изучение сексуального поведения студенческой молодежи, превенцию табакокурения, исследование 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

Транстеоретическая модель (*Transtheoretical Model of Stages of Changes*) была разработана в 1982 году Джеймсом Прохаска (*J. Prochaska*) и Карло ДиКлемементе (*C. DiClemente*) как попытка исчерпывающего описания процессов изменения, которые происходят в разных поведенческих областях. Стадии, ведущие к изменению поведения, которые впервые были выделены на основе сравнительного анализа ведущих систем психотерапии, структурируются таким образом, чтобы представить континуум процессов трансформации 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. Далее 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 (рис. 4).

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 превращения намерений в осознание необходимости изменить поведение. Повышение осознания здесь является тем

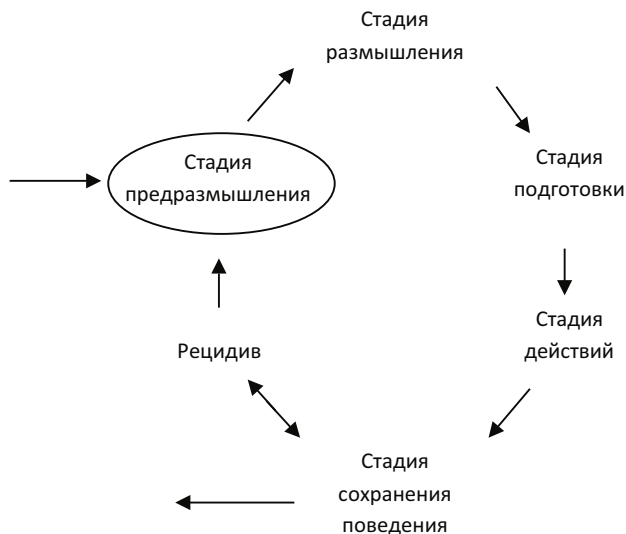


Рис. 4. Транстеоретическая модель стадий изменений поведения

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, направленные 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

Модель убеждений в отношении здоровья (*health belief model*) впервые была предложена в 1950-х годах для объяснения индивидуального поведения людей в процессе обращения за медицинской помощью и лечения, а также причин, почему люди не участвуют в общественных мероприятиях и медицинских программах, направленных на укрепление здоровья (*Rosenstock M., Strecher V., Becker M. The health belief model and HIV risk Behavior Change // Preventing AIDS: Theories, methods and behavioral interventions / Eds R. DiClemente, J. Peterson. NY: Plenum, 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) ожидание в отношении реализации действий, куда входит 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, чтобы добиться изменения поведения, необходимо изменить систему убеждений.

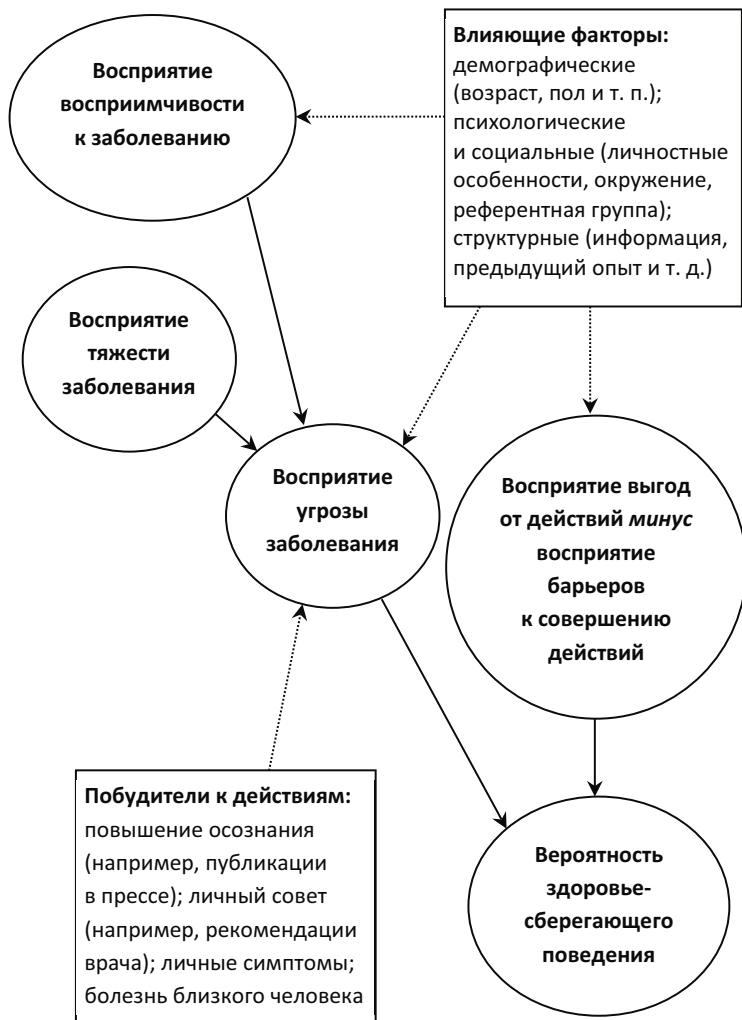


Рис. 5. Модель убеждений в отношении здоровья

Убеждения и оценки предполагаемой угрозы для здоровья опосредуются совокупностью внешних и внутренних факторов (рис. 5).

Среди внешних (объективных) факторов следует выделить происходящие события: сообщения в прессе и других 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 прило-

жима к поведению, имеющему отношение к снижению риска заражения ВИЧ-инфекцией, когда осознание угрозы, ожидаемые результаты действий и факторы, способствующие формированию желаемого поведения, 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 приемлемость для использования в различных культурах, а также эффективность при организации социально-психологического сопровождения и разработке различных интервенций в отношении как инфекционных заболеваний, так и хронических или врожденных.

ТЕОРИЯ ОБОСНОВАННЫХ, ИЛИ МОТИВИРОВАННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Теория обоснованных, или мотивированных, действий (*theory of reasoned actions*) создавалась Мартином Фишбейном и Айсеком Эйдженом (*Fishbein M., Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison Wesley, 1975*) для объяснения поведения и часто применялась к широкому спектру форм поведения, имеющему отношение к здоровью.

Главное авторы теории видят в когнитивных процессах, особенно в *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 общества, или социальные нормы, служат важной социальной силой, влияющей на намерения и поведение (рис. 6). 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.

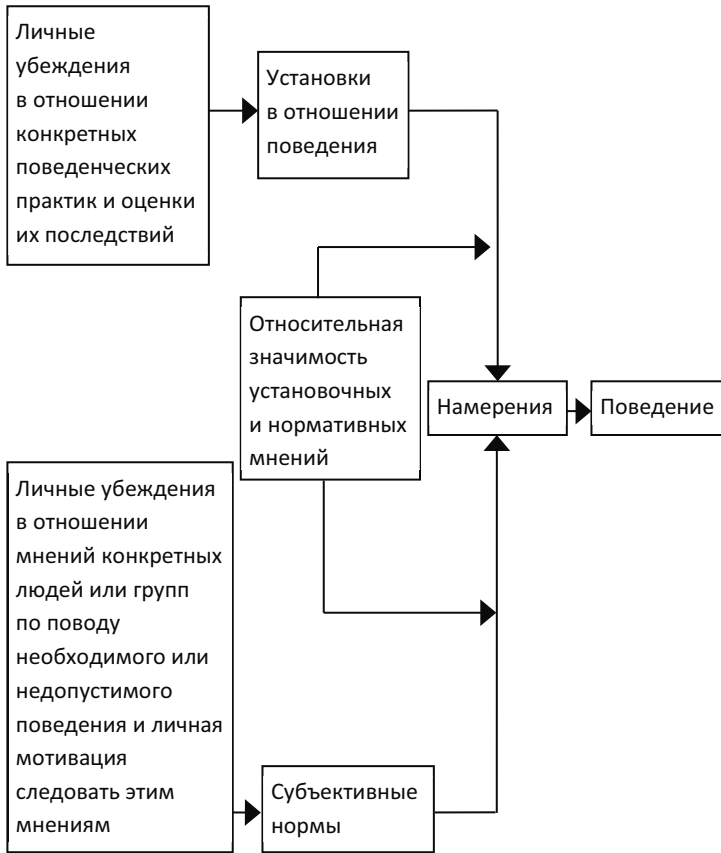


Рис. 6. Теория обоснованных действий

Фишбейн с коллегой описывали цель определения различных поведенческих актов в их отношении к контексту и времени. По мнению авторов теории, 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 (в 1980 г.) этими же учеными 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 поведение 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 превышение 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

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. Эта модель принимает во внимание не только поведение личности, но и детерминанту окружающей среды. В данном случае окружающая среда 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. Кроме того, анализируя существующую литературу, мы пришли к пониманию, что при использовании экологического подхода окружающую среду необходимо разделить на несколько уровней, которые будут приниматься в качестве отправных точек для анализа и оценки различных факторов, оказывающих влияние на данную структуру. А при осуществлении соответствующих вмешательств необходимо не только учитывать выявленные факторы, но также и то, на каком уровне предложена программа профилактики ВИЧ/СПИД и как она согласована с тем, что осуществляется на других анализируемых уровнях экологической модели.

В работах Ури Бронфенбреннера (*U. Bronfenbrenner*) была предложена четкая и структурированная модель, в которой 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. В *макросистему* входит влияние социальных или культуральных норм, религиозных убеждений, ментальности, которые воздействуют как на микро-, так и на макросистемы.

Для описания возможных областей внедрения программ профилактики ВИЧ/СПИД на различных уровнях функционирования общества и факторов, влияющих на профилактику, мы применили модифицированную экологическую модель Бронфенбреннера с учетом работ других исследователей. По результатам анализа научных публикаций представляется возможным предложить факторы, ко-

торые 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 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 (рис. 7).

При вмешательстве на *интраперсональном уровне* возможно использовать множество стратегий, таких как: образовательные программы, информирование через СМИ, создание групп поддержки или групп самопомощи, консультирование, в том числе и консультирование «равный равному». В то же 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 — один из ключевых аспектов экологической модели.



Рис. 7. Экологическая теория

На *интерперсональном уровне* межличностные взаимодействия с членами семьи, друзьями, соседями, знакомыми и коллегами — это важнейший источник влияния на поведение индивида и на его личностное развитие. Однако 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 различные мероприятия: стимулирование, супервизию, соревновательность, изменение условий труда,

структурные изменения в организации. В то же время необходимо принимать во внимание, что подобные мероприятия должны осуществляться на долгосрочной основе, чтобы они возымели эффект на институциональном уровне и повлияли на всю систему в целом. Данное замечание распространяется на все без исключения уровни воздействия в рамках экологической модели.

Осуществляя вмешательство *на уровне сообщества*, необходимо учитывать, что сообщество — это не только 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 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 обществе отвергнут или поддержат наши модели вмешательства.

Важнейшей 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 и 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 уровнях).

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

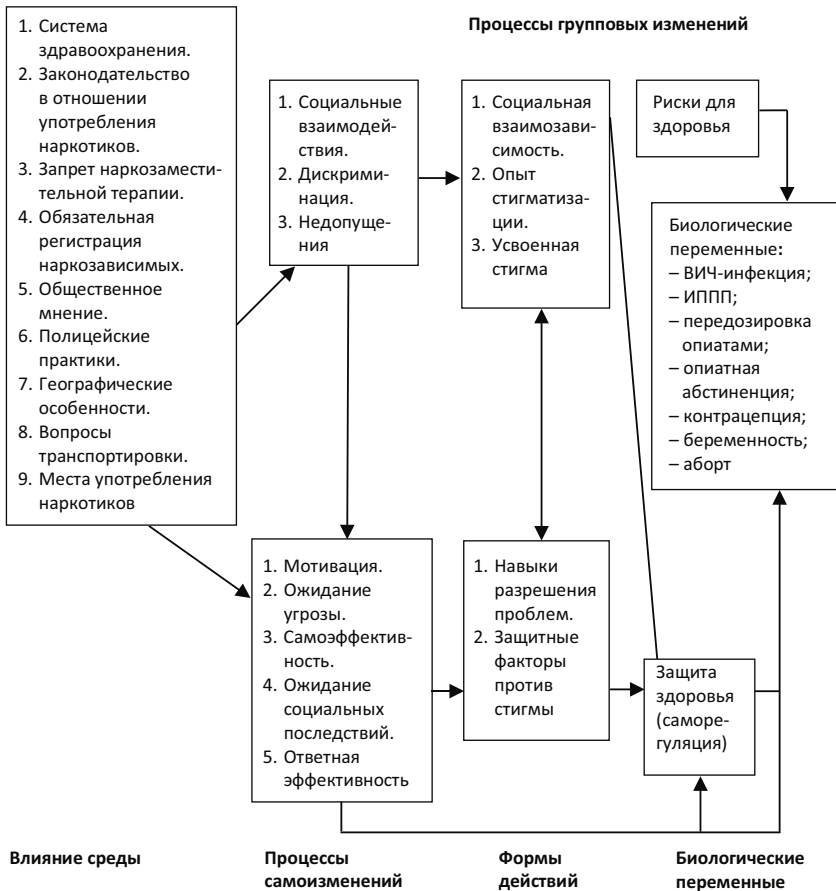


Рис. 8. Модифицированная модель социального действия применительно к потреблению инъекционных наркотиков в России

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 проведении профилактики ВИЧ/СПИД.

Основные принципы экологической теории согласуются с принципами социально-когнитивной теории Альберта Бандуры (A. Bandura), утверждая, что для продвижения превентивного или здоровьесберегающего поведения необходимо создание соответ-

ствующего окружения или среды. 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 пропаганде хождения пешком.

Разновидность экологической модели — *теория социально-го действия* (*social action theory*), разработанная Крейгом Эвартом (*C. Ewart*) в 1991 году, предлагает делать акцент на внедрении того или иного вмешательства. В этой модели средовые и межличностные факторы последовательно детерминируют формирование индивидуального поведения (рис. 8). Особое внимание уделяется таким детерминантам, как стигматизация и дискриминация той или иной группы населения или лиц, приверженных определенным поведенческим практикам.

ТЕОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДИФФУЗИИ, ИЛИ ДИФФУЗИИ ИННОВАЦИЙ

Теория социальной диффузии (диффузии инноваций) делает акцент на последовательном распространении поведенческих изменений по группам населения. Она была предложена Эвереттом Роджерсом (*E. Rogers*) для сферы маркетинга. Эта теория дает представление о том, как в обществе распространяются инновации, и лежит в основе многих превентивных программ в сфере здоровья, в которых в качестве агентов поведенческих изменений используются лидеры общественного мнения. В целом теория диффузии утверждает, что различные виды инноваций (промышленные продукты, технологии, поведенческие нормы) распространяются в популяции через процессы динамических изменений, последовательно возникающих в группах населения, которые различаются по степени открытости новому опыту.

По мнению Роджерса и других авторов, в общей популяции людей можно выделить три основные группы. Две из них представляют собой своего рода полюсы распределения общей популяции. Первая группа — «инноваторы», т. е. те, кто в первую очередь усва-



Рис. 9. Кривая диффузии инноваций в популяции [Составлено по: Rogers E. Diffusion of innovations. London; New York, 1962]

ивает новое и стремится к этому. Вторая — «консерваторы», активно сопротивляющиеся всему новому и необычному. Большинство же в популяции находится в промежуточном состоянии, составляя промежуточное звено (темная линия на рис. 9). Процесс диффузии, или принятия, инновации в сообществе начинается с инноваторов, затем захватывает большинство, в конце концов завершается консерваторами (светлая линия на рис. 9). На этом этапе, по сути дела, инновация перестает быть таковой и становится обыденной нормой. Инноваторы, а также члены сообщества, пользующиеся большим авторитетом и влиянием в обществе, играют важнейшую роль для скорейшего распространения любых новшеств, в том числе рискованных форм поведения либо, напротив, здоровьесберегающих форм поведения.

Теория диффузии инноваций получила свое подтверждение в многочисленных исследованиях в области маркетинга, промышленности, сельского хозяйства. Данная теория использовалась

также для описания закономерностей распространения эпидемий инфекционных заболеваний и изучения интернет-взаимодействия с врачами. В последние годы этот подход нашел свое подтверждение в исследованиях, направленных на оценку эффективности превентивных программ в области здоровья. Теория диффузии инноваций неоднократно успешно применялась при разработке и внедрении специализированных превентивных программ в различных учреждениях и в отношении различных проблем в сфере здоровья: программы планирования семьи, превенции табакокурения, пропаганды вакцинации против гриппа, программы эффективного совладания с диабетом, программы долгосрочного мониторинга состояния здоровья детей, программы помощи детям, страдающим аутизмом.

Джеф Келли (*J. Kelly*) с коллегами в 1991 году одни из первых применили теорию диффузии инноваций в разработке и исследованиях эффективности превентивных вмешательств на уровне сообщества, направленных на профилактику рискованного сексуального поведения и ВИЧ/СПИД. В рамках серии лонгитюдных исследований в гей-барах пяти городов США (выборка гомосексуалов), жилых многоквартирных домах (выборка женщин), клинике для страдающих психическими расстройствами (выборка пациентов), центра наркозаместительной терапии (выборка наркозависимых) было показано, что профилактические когнитивно-поведенческие тренинги с привлечением признанных общественным мнением лидеров являются эффективной и ресурсосберегающей превентивной технологией. Необходимым компонентом, обеспечивающим успешность подобных программ, служит идентификация и привлечение для участия в профилактических мероприятиях и тренингах достаточного количества неформальных лидеров, людей, которые пользуются наибольшим авторитетом и популярностью. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что для достижения значимого эффекта в профилактических тренингах должно принять участие не менее 15 % членов сообщества.

МОДЕЛЬ «ИНФОРМАЦИЯ — МОТИВАЦИЯ — ПОВЕДЕНИЕ»

Модель «Информация — Мотивация — Поведение» (*Information — Motivation — Behavioral Skills Model*) была разработана в 1992 году американскими исследователями Джеффри и Вильямом Фишерами

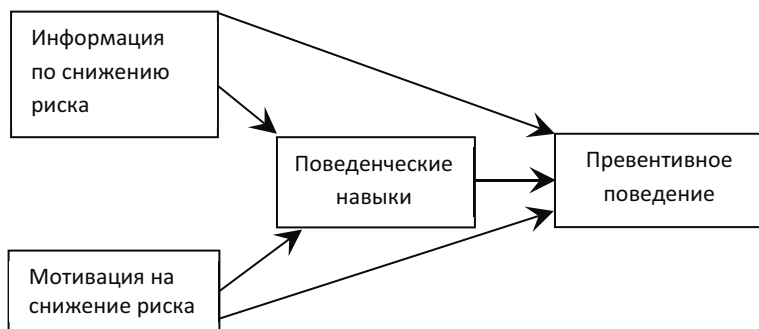


Рис. 10. Модель «Информация — Мотивация — Поведение»

(*J. Fisher, W. Fisher*) в первую очередь применительно к превенции ВИЧ/СПИД. В рамках модели предлагается рассматривать три основных фактора, которые предопределяют охранительное поведение в отношении ВИЧ-инфекции: информацию, мотивацию и поведенческие навыки (рис. 10).

В частности, данная модель постулирует, что информация о путях передачи и профилактики ВИЧ является обязательным компонентом для снижения поведенческого риска. Мотивация к изменениям также влияет на то, будет ли человек действовать на основании полученной превентивной информации о риске и возможных способах профилактики. Эта модель утверждает, что поведенческие навыки, связанные с профилактикой, являются заключительным компонентом для того, чтобы информация и мотивация в конечном итоге вылились в поведенческие изменения, желаемые с точки зрения превенции ВИЧ. Таким образом, информация и мотивация активизируют необходимые поведенческие навыки для снижения риска.

Модель также показывает, что информация или мотивация по отдельности могут приводить к некоторым поведенческим изменениям, например когда информация о путях передачи ВИЧ увеличивает объемы покупок презервативов или когда встреча с ВИЧ-инфицированным человеком побуждает кого-то пойти и обследоваться на ВИЧ. Однако работа по специальной выработке поведенческих навыков становится очень важной, когда превентивные действия требуют сложных навыков, таких как отказ от незащищенных половых контактов и использование презерватива во время секса. Таким образом, отработка навыков безопасного поведения имеет непосредственное влияние на снижение поведенческого риска, а ин-

формация и мотивирование могут напрямую влиять на навыки безопасного поведения и косвенно — на безопасное поведение.

Модель «Информация — Мотивация — Поведение» неоднократно использовалась в клинических исследованиях превентивных вмешательств в сфере здоровья и показала свою эффективность для изменения рискованного поведения в различных группах населения. Наиболее широко эта модель применяется при разработке такого превентивного вмешательства на индивидуальном уровне, как мотивационное консультирование, которое успешно использовалось для формирования приверженности к лечению, формирования здоровьесберегающего поведения в целом, а также для снижения риска специфических форм рискованного поведения, например в виде различных аддикций.

Рассмотрим апробацию и проверку эффективности модели консультирования «Информация — Мотивация — Поведение» (ИМП) на примере лонгитюдного исследования краткосрочного индивидуального поведенческого вмешательства первичной профилактики ВИЧ / ИППП для пациентов кожно-венерологических диспансеров (КВД) Санкт-Петербурга.

Основной целью исследования была разработка и оценка эффективности индивидуального поведенческого вмешательства на основе модели консультирования «Информация — Мотивация — Поведение» для снижения риска заражения среди пациентов кожно-венерологических диспансеров. Модель ИМП ранее успешно применялась для изменения поведения в плане снижения уровня рискованных сексуальных практик и повышения приверженности протективным практикам в разных странах, включая США и страны Южной Африки. В России подобных исследований не проводилось. Преимуществом данной модели, как уже отмечалось, является наличие теоретической основы, которая может индивидуально адаптироваться к специфике факторов риска заражения конкретной популяции, которые могут способствовать рискованным сексуальным практикам, таких как употребление алкоголя и наркотиков.

Использование модели интервенции, которая позволяет уделять внимание проблематике злоупотреблений психоактивными веществами, является важным основанием при планировании превентивных вмешательств в отношении ВИЧ, одновременно направленных на разнообразные виды рискованного поведения в сфере здоровья, демонстрируемые целевой группой данного исследования, которые могут включать либо не включать употребление алкоголя, наркотиков и других веществ. Данные, полученные нами до начала

оценки интервенции в двух КВД Санкт-Петербурга, показали, что достаточно небольшая доля (менее 5 %) пациентов имела опыт употребления инъекционных наркотиков. В другом исследовании, также проведенном в Санкт-Петербурге среди лиц, не употребляющих инъекционные наркотики, чьи партнеры являлись потребителями инъекционных наркотиков, был выявлен 11 %-ный уровень распространенности употребления метамфетамина в неинъекционной форме, что было значимо связано с незащищенными сексуальными контактами между партнерами. Нами было также установлено, что 11 % пациентов КВД воздерживаются от употребления алкоголя, но более 50 % проявляют признаки злоупотребления алкоголем, что может повышать уровень рискованных сексуальных практик, связанных с заражением ВИЧ, включая наличие нескольких половых партнеров и незащищенные сексуальные контакты.

Исследование проводилось в 2007–2011 годах международной командой, объединяющей сотрудников Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени И. П. Павлова и Йельского университета (США) при поддержке гранта Национального института по изучению алкоголизма (США). Местом проведения всех исследовательских процедур были выбраны кожно-венерологические диспансеры, интервенция оценивалась в КВД Калининского района Санкт-Петербурга. В целом с точки зрения требований, предъявляемых к проведению рандомизированных клинических исследований эффективности превентивных вмешательств, Петербург с более чем пятиmillionным населением и выраженностью эпидемии ВИЧ представляется одним из наиболее соответствующих регионов для подобной работы.

Дизайн исследования в соответствии с современным стандартом клинических испытаний превентивных вмешательств был определен как лонгитюдное рандомизированное контролируемое слепое исследование с привлечением экспериментальной и контрольной групп участников.

Основная гипотеза исследования заключалась в предположении, что разработанная краткосрочная индивидуальная поведенческая интервенция в виде однократной консультационной сессии, проведенной в экспериментальной группе, по сравнению с контрольной значительно повысит использование протективных поведенческих практик в сфере сексуального здоровья. В частности, повлияет на рост использования презерватива, повышение регулярности использования данной практики, снижение уровня рискованных

сексуальных практик: уменьшится количество половых партнеров и число незащищенных половых контактов.

Задачи исследования включали:

- 1) выявление социально-демографических и поведенческих особенностей взрослых мужчин и женщин с рискованным сексуальным поведением;
- 2) выявление факторов, детерминирующих высокий риск заражения ВИЧ/ИППП в изучаемой группе;
- 3) установление степени и характера влияния на рискованное поведение участников потенциальных детерминант риска (депрессии, употребления алкоголя, детского травмирующего опыта и опыта межличностного насилия);
- 4) проверка эффективности краткосрочного индивидуального превентивного вмешательства;
- 5) выявление факторов, детерминирующих высокий риск заражения ВИЧ/ИППП женщин.

Участники исследования. Для участия в исследовании эффективности поведенческого вмешательства рекрутировались лица, посещающие КВД Калининского района Санкт-Петербурга, который представляет из себя типичное медицинское учреждение данного профиля, оказывающее бесплатные и платные услуги населению, проживающему в районе, где оно расположено. Калининский район был выбран из-за его населенности (более 500 тыс. жителей), это второй по величине район города. Также было принято во внимание удобство расположения диспансера для участников и возможность оборудовать отдельное помещение для набора, проведения интервенции и сопровождения участников. Исследовательские процедуры производились с июля 2009 по май 2011 года. Набор участников осуществлялся по направлениям врачей, ведущих прием, и за счет приглашения посетителей КВД, ожидающих приема, независимо от цели их визита: тестирование, лечение, диспансерный осмотр, наличие или отсутствие симптомов и диагнозов ИППП.

Исследовательские процедуры включали оценочные визиты в виде интервью «на входе» и через три и шесть месяцев после начала интервенции, а также однократное консультирование для проведения вмешательства.

Критерии включения в исследование предполагали: возраст от 18 лет и старше, наличие двух и более сексуальных партнеров или по крайней мере один случайный партнер за три последних месяца, предшествующих интервью, опыт незащищенных сексуальных

контактов по крайней мере с одним из указанных партнеров и доступность в течение семи месяцев периода сопровождения. Несмотря на то что потенциально все лица, обращающиеся в КВД за помощью или консультацией, могут быть подвержены риску заражения ВИЧ/ИППП, лица, указывающие на постоянное использование презерватива или имеющие только одного полового партнера, не включались в исследование в связи с отсутствием выгоды для них от интервенции, направленной на снижение количества половых партнерств и увеличения уровня использования презерватива (два основных параметра оценки эффективности вмешательства). Во время приглашения в исследование потенциальные участники информировались о его основной цели и условиях участия, включая добровольность и конфиденциальность, а также проходили процедуру подписания информированного согласия. Этическое сопровождение проекта осуществлялось этическими комитетами Биомедицинского центра и Йельского университета, которые рассматривали протокол исследования и все материалы проекта.

В исследовании во время трех оценочных визитов до начала интервенции, через три и шесть месяцев применялся метод индивидуального интервью с использованием полустандартизированного опросника, которое назначалось после регистрации в исследовании и проводилось с использованием компьютера. Интервью включало следующие разделы:

- социально-демографические характеристики (возраст, пол, семейный статус, уровень образования, профессиональная занятость, ежемесячный доход);
- рискованное поведение в сфере здоровья (опыт употребления алкоголя, наркотиков, рискованные сексуальные практики, опыт насилия, коммерческий секс);
- информированность и установки в отношении ВИЧ/СПИД;
- батарея психодиагностических методик.

Персонал, проводивший интервью на всех трех этапах оценки, не был информирован о том, в какую группу — экспериментальную (Э) или контрольную (К) — случайным образом на основании списка случайных чисел (процесс рандомизации) во время регистрации попал тот или иной участник.

На каждом оценочном визите все участники, независимо от группы, получали компенсацию за потраченное время в виде подарочного сертификата торговой сети (эквивалент 500 рублей), упаковку презервативов, лубриканты и информационные брошюры по

проблемам профилактики ВИЧ/ИППП. Во время визита для проведения превентивного вмешательства участники не получали материального стимулирования.

Компоненты и содержание превентивного вмешательства. При разработке программы индивидуального поведенческого вмешательства мы опирались на когнитивно-поведенческий подход и, в частности, социально-когнитивную теорию изменения поведения. Индивидуальные превентивные программы на основе социально-когнитивной теории использовались ранее для снижения различных поведенческих рисков в сфере здоровья. В качестве превентивного вмешательства был разработан сценарий консультационной сессии продолжительностью 1 час 30 минут для использования во время индивидуальной работы с пациентами КВД. При разработке структуры сессии и отдельных компонентов вмешательства мы использовали опыт успешных индивидуальных интервенций, проверенных в разных странах и на разных выборках. При этом основное содержание сессии базировалось на наших данных, полученных в предыдущих исследованиях о специфике рискованных поведенческих практик и детерминантах риска взрослых мужчин и женщин, проживающих в России. Не секрет, что прямое транслирование превентивных программ, разработанных и успешно апробированных в иных культурных условиях и ситуационных контекстах, в нашей среде оказывается неприемлемым и неэффективным.

Опираясь на общие положения ИМП модели, мы использовали три основных компонента для вмешательства:

- 1) превентивное информирование;
- 2) превентивное мотивирование;
- 3) отработка превентивных поведенческих навыков.

Информационно-образовательный блок включал объективные и подробные данные о распространенности ВИЧ и ИППП в Санкт-Петербурге и России; критическое обсуждение мифов и неверных представлений о ВИЧ/СПИД с использованием игрового упражнения «миф — факт»; подробное обсуждение тестирования на ВИЧ и роли ИППП в сексуальном способе передачи ВИЧ.

Мотивационный блок был посвящен анализу взаимосвязей между различными факторами и запускающими механизмами рискованного сексуального поведения, включая употребление алкоголя и других веществ, влияния различных состояний на возникновение риска и др. Использовалось упражнение на выработку взвешенных решений, включая самооценку своих возможностей снижения

риска, связанного с употреблением алкоголя и формулирование мотивирующих утверждений самими участниками.

Поведенческий компонент предполагал вовлечение участников в функциональный анализ конкретных рискованных поведенческих практик через обсуждение ситуаций риска и примеров рискованных ситуаций из жизни самих участников. Консультанты поднимали вопрос обсуждения запускающих механизмов риска, включая факторы среды, когнитивно-аффективные факторы (настроения, мысли, состояния) и ситуационные факторы (место, характеристики партнера и т.п.). Употребление алкоголя обсуждалось как один из основных факторов возникновения рискованного поведения, связанного с заражением и передачей ВИЧ. Участников побуждали поразмышлять о возможных способах совладания со своими запускающими механизмами для снижения риска, а также подумать о здоровьесберегающих превентивных стратегиях в конкретных сексуальных отношениях. На этой стадии консультации участник вовлекался в ролевые игры, в которых консультант разыгрывал роль сексуального партнера, а участник должен был смоделировать эффективное превентивное поведение. Подобные упражнения являются полезным инструментом для отработки поведенческих навыков, повышения уверенности и достижения поведенческих изменений. В конце консультации также проводилось техническое упражнение на отработку навыков правильного использования презерватива, во время которого консультант выражал поддержку и обратную связь.

В завершение консультационной сессии проводилось упражнение на формулирование реалистичной цели краткосрочных поведенческих изменений.

Осуществляли индивидуальную интервенцию в данном исследовании два психолога женского пола, имевшие опыт проведения мотивационного консультирования вне рамок проекта. Перед началом интервенции консультанты прошли трехнедельное обучение по программе превентивного вмешательства, а в ходе реализации интервенции два раза в месяц осуществлялась супервизия консультантов со стороны координатора интервенции для обсуждения текущей работы и сложностей. Для содействия в проведении консультации и соблюдения единообразия превентивного вмешательства было подготовлено подробное руководство для консультантов, содержащее детальный сценарий сессии и все необходимые материалы.

Участники, попавшие в контрольную группу, получали тот же набор печатных информационно-профилактических материалов, что и участники экспериментальной группы. Обычно подобные

материалы не предоставляются посетителям КВД, они распространялись в рамках данного проекта в соответствии с этическими требованиями, предъявляемыми к исследованиям в области профилактики ВИЧ, обеспечивать и контрольную группу минимально необходимой превентивной информацией.

Социально-демографические и психологические особенности участников исследования. В общей сложности 470 пациентов КВД были приглашены к участию в исследовании и прохождению первичного скрининга, из них 338 соответствовали всем критериям включения, 31 человек отказался участвовать. В итоге 307 человек (87 женщин и 220 мужчин) приняли участие в исследовании на стадии проверки эффективности вмешательства. В контрольную группу попали 153 человека, из которых 132 (86 %) прошли оценочное интервью через три и шесть месяцев после интервенции. Среди 154 человек, которые были приписаны к группе интервенции (экспериментальной группе), 133 (86 %) и 134 (87 %) участвовали в оценке через три и шесть месяцев соответственно. Средний возраст участников, отказавшихся участвовать, составил 29,1 года (стандартное отклонение — 9,1, разброс — 19–49), а согласившихся — 26,9 года (стандартное отклонение — 7,7, разброс — 18–56). Различия по среднему значению возраста между согласившимися и отказавшимися оказались незначимыми ($p = 0,16$). Большинство участников составляли мужчины (71,7 %) и лица, не состоявшие в браке (79,1 %). Примерно половина участников имела полную трудовую занятость.

Посещение КВД было обусловлено тремя основными причинами: жалобами / симптомами, указывающими на возможность поражения мочеполовой системы (36,8 %), обследованием на наличие ИППП с целью профилактики (38,1 %) и недавним половым контактом с человеком, у которого могла быть ИППП (15,3 %). Около трети участников заявили о заболевании ИППП в прошлом. Большинство респондентов имело несколько партнеров в течение трех месяцев, предшествовавших исследованию, причем 30,3 % заявили о наличии двух партнеров, 42 % — о трех и более, остальные имели одного случайного полового партнера. Лишь у небольшой доли участников был опыт употребления инъекционных наркотиков (3,6 %) и опыт предоставления коммерческих сексуальных услуг (3,6 %). Доля участников, имевших низкий, средний (умеренный) и высокий уровни употребления алкоголя по шкале AUDIT, распределились следующим образом: 27; 60,6 и 12,4 % соответственно. Около 60 % участников не использовали презервативы во время последнего полового контакта, а 24,4 % ни разу не использовали презервативы в течение последних трех месяцев.

Средний возраст участников обеих групп оказался практически одинаковым: в контрольной группе — 27 лет (среднее отклонение — 7,9, стандартное — 18–56), в экспериментальной — 26,8 (среднее отклонение — 7,4, стандартное — 18–53). В контрольной группе 75 % участников оказались мужчинами, преобладание мужчин наблюдалось и в группе интервенции — 68 % ($\chi^2 = 1,84, p = 0,17$). Около пятой части участников состояли в браке (20 % в контрольной группе и 21 % в экспериментальной группе, $\chi^2 = 0,06, p = 0,80$). У половины участников в обеих группах был уровень образования выше среднего (49 % в контрольной группе, 52 % в экспериментальной, $\chi^2 = 0,26, p = 0,61$). Около 54 % участников контрольной группы и 49 % экспериментальной группы имели работу с полной занятостью ($\chi^2 = 0,74, p = 0,39$).

Не было обнаружено различий в уровнях удержания между контрольной и экспериментальной группами ни на трех, ни на шести месяцах сопровождения. Также не было обнаружено различий в характеристиках между участниками, которые завершили исследование, и теми, кто выпадал из сопровождения.

Результаты оценки эффективности индивидуального превентивного вмешательства. В таблице 2 представлены данные о динамике знаний о ВИЧ/ИППП, навыков использования презерватива и рискованных поведенческих практик, связанных с заражением ВИЧ, «на входе», через три и шесть месяцев после интервенции (в числителе указаны данные контрольной, а в знаменателе — экспериментальной группы). Также представлены значимые показатели эффективности вмешательства на основе обобщенных оценочных уравнений (*generalized estimating equation (GEE)*). Они использовались для оценки эффекта интервенции в соотношении с возрастом, полом, уровнем образования, семейным статусом, месячным доходом, профессиональной занятостью и показателями до начала интервенции (кроме навыков использования презерватива ввиду отсутствия этих данных для контрольной группы «на входе»). По сравнению с участниками контрольной группы проходившие интервенцию лица показали более высокий уровень информированности по проблеме ВИЧ/СПИД, более эффективные навыки использования презерватива и более частое применение данной превентивной меры, а также меньший уровень употребления наркотиков перед сексом. Показатель эффективности интервенции по количеству незащищенных половых контактов оказался на границе значимости ($p = 0,06$).

Таблица 2. Динамика знаний о ВИЧ / ИППП, навыков использования презерватива и рискованных поведенческих практик, связанных с заражением ВИЧ, «на входе»

| Показатель | До начала интервенции | Через 3 месяца | Через 6 месяцев | <i>p</i> |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------|
| Уровень знаний о ВИЧ / СПИД* | <u>6,8 (1,3)</u> 7,0 (1,4) | <u>7,2 (1,0)</u> 7,4 (0,8) | <u>7,1 (1,1)</u> 7,5 (0,7) | 0,006 |
| Навыки использования презерватива* | <u>—</u> 5,3 (1,3) | — | <u>5,9 (1,3)</u> 6,4 (1,1) | <0,001** |
| Количество защищенных половых контактов* | <u>14,3 (37,7)</u> 12,6 (20,0) | <u>16,3 (32,2)</u> 15,8 (18,4) | <u>16,3 (29,9)</u> 16,9 (24,2) | 0,68 |
| Количество незащищенных половых контактов* | <u>19,9 (29,0)</u> 18,9 (30,1) | <u>16,6 (26,1)</u> 13,3 (21,8) | <u>18,3 (29,9)</u> 15,7 (26,2) | 0,06 |
| Доля использования презерватива* | <u>0,43 (0,38)</u> 0,45 (0,37) | <u>0,55 (0,40)</u> 0,67 (0,38) | <u>0,56 (0,41)</u> 0,62 (0,42) | 0,03 |
| Несколько партнеров за последние 3 месяца, % | <u>73,9</u> 70,8 | <u>55,3</u> 47,4 | <u>47,0</u> 36,6 | 0,10 |
| Использование презерватива во время последнего полового контакта, % | <u>40,5</u> 40,3 | <u>57,6</u> 58,7 | <u>55,3</u> 53,0 | 0,73 |
| Постоянное использование презерватива за последние 3 месяца, % | <u>10,5</u> 12,3 | <u>28,0</u> 42,9 | <u>34,1</u> 40,3 | 0,03 |
| Ни разу не использовали презерватив за последние 3 месяца, % | <u>26,1</u> 22,7 | <u>18,9</u> 13,5 | <u>20,5</u> 18,7 | 0,53 |
| Употребление алкоголя перед сексом, % | <u>85,0</u> 79,2 | <u>78,0</u> 67,7 | <u>80,3</u> 73,1 | 0,19 |
| Употребление наркотиков перед сексом, % | <u>19,1</u> 9,7 | <u>15,9</u> 6,0 | <u>12,1</u> 3,7 | 0,04 |

Примечание: в числителе указаны данные контрольной, а в знаменателе — экспериментальной групп.

* Для непрерывных переменных представлены значения средних и стандартных (в скобках) отклонений.

**Без соотнесения с данными «на входе» ввиду их отсутствия для контрольной группы до начала интервенции.

Значимый позитивный эффект интервенции наблюдался в динамике средних значений уровней использования презервативов. В экспериментальной группе до начала вмешательства этот показатель составил 45 %, через три месяца — 67 %, а через шесть — 62 %; в контрольной группе этот показатель до начала вмешательства составил 43 %, через три месяца — 55 %, а через шесть месяцев — 56 % ($p \leq 0,03$). Практика регулярного (постоянного) использования презерватива также значимо выросла в экспериментальной группе: до начала вмешательства она составила 12,3 %, через три месяца — 42,9 %, а через шесть — 40,3 %. В контрольной группе аналогичный показатель составил 10,5; 28,0 и 34,1 % соответственно ($p \leq 0,03$). Также значимая положительная динамика наблюдалась в экспериментальной группе по сравнению с контрольной по показателю употребления наркотиков до занятий сексом: до начала интервенции 9,7 % против 19,1 %, через три месяца 6,0 % против 15,9 % и через шесть месяцев 3,7 % против 12,1 % (по результатам анализа с помощью метода обобщенных оценочных уравнений, $p = 0,04$).

Данные, полученные в результате *post hoc* — теста, продемонстрировали значимый эффект интервенции для следующих показателей:

1. Участники экспериментальной группы имели значительно более высокий уровень знаний по проблематике ВИЧ/СИД через шесть месяцев после вмешательства при том, что на трехмесячном этапе различия были несущественны.
2. Участники экспериментальной группы значимо чаще использовали презерватив по данным оценки через три месяца. Через шесть месяцев различия между группами были незначимыми.
3. Участники экспериментальной группы значимо чаще заявляли о постоянном использовании презерватива по данным оценки через три месяца. Через шесть месяцев различия между группами были незначимыми.
4. Участники экспериментальной группы заявляли о меньшем количестве незащищенных сексуальных контактов через три месяца после вмешательства. Через шесть месяцев различия между группами были незначимыми ($p = 0,04$ против $p = 0,35$).
5. Не было обнаружено значимых различий между группами по параметрам употребления наркотиков до занятий сексом через три и шесть месяцев после интервенции, значимые

различия обнаруживались по частоте употребления наркотиков — в экспериментальной группе подобное поведение случалось реже.

Данное исследование являлось первой подобной работой по оценке эффективности индивидуального поведенческого превентивного вмешательства, направленного на снижение рисков заражения ВИЧ, в формате лонгитюдного рандомизированного слепого исследования в России. Получены первые данные об эффективности краткосрочной консультации в плане снижения уровня рискованного сексуального поведения, а также о необходимых компонентах и мишенях для поведенческих превентивных вмешательств среди пациентов КВД. Четко прописанный алгоритм и краткий временной формат вмешательства позволяет сделать вывод о перспективности его внедрения в реальную практику работы медицинских учреждений. При этом важно учитывать, что в данном исследовании экспериментальное вмешательство сравнивалось с усиленными в рамках исследования превентивными мерами в контрольной группе, а не с обычными стандартами профилактической работы в подобных медицинских учреждениях России, что могло повлиять на выявленные различия между группами.

Это может объяснить позитивные изменения в поведении, которые наблюдались и у участников контрольной группы. При этом следует отметить, что улучшение по основным показателям модели ИМП (использование презервативов, уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИД) наблюдалось только в экспериментальной группе. Полученные данные позволяют заключить, что поведенческое вмешательство, направленное на повышение мотивации и формирование протективных поведенческих навыков, можно рассматривать как перспективную технологию для изменения поведения в сфере здоровья.

Анализ с использованием *post hoc* — теста показал выраженный эффект интервенции на короткий момент времени (три месяца). Несмотря на то что через шесть месяцев интервентный эффект стал менее выраженным, можно предположить, что при наращивании размера выработки значимый популяционный эффект сохранялся бы дольше.

Улучшение навыков использования презерватива у участников экспериментальной группы является важным результатом, поскольку данная профилактическая мера является основным и самым эффективным способом предотвращения заражения и распространения ВИЧ и других ИППП на индивидуальном уровне.

Эмпирические данные свидетельствуют о том, что в случаях, когда фиксировалась неэффективность использования презерватива как меры защиты (ИППП, беременность), наблюдалось нерегулярное или неправильное использование презерватива. Положительный эффект интервенции в плане повышения уровня регулярного использования презерватива может иметь важное значение для общественного здоровья в России, особенно для женщин. Ведь среди них уровень нежелательных беременностей и аборт в некоторых случаях достигает 50% в общей популяции и они подвергаются более высокому риску заражения ИППП, чем мужчины.

Продвижение идеи и практики регулярного использования презерватива следует рассматривать как существенную часть комплексной профилактики и лечения ВИЧ в России. В проведенном исследовании не обнаружено гендерных различий в эффекте после интервенции, возможно, потому, что женская часть выборки оказалась значительно меньше мужской. Немаловажно проверить разработанную интервенцию в выборках, включающих больше женщин.

Употребление алкоголя значимо не снизилось после интервенции. Судя по всему, в превентивные программы в отношении сексуального поведения необходимо включать специализированные активные компоненты вмешательства, направленные на практики употребления алкоголя и других веществ.

В целом можно заключить, что предложенное краткосрочное превентивное вмешательство в виде индивидуального консультирования показало в рамках лонгитюдной рандомизированной проверки выраженный краткосрочный эффект в отношении снижения рискованных поведенческих практик и усиления протективного поведения. Данную программу можно рассматривать как приемлемый экономически выгодный профилактический метод для внедрения в медицинские и социальные учреждения.

МОДЕЛЬ СНИЖЕНИЯ РИСКА СПИД

Модель снижения риска СПИД (*AIDS risk reduction model — ARRM*) была предложена в 1990 году Джозефом Катания, Сьюзен Кегелес и Томом Коатцем (*J. Catania, S. Kegelesand, T. Coates*) как теоретический базис для разработки и внедрения превентивных вмешательств, направленных на снижение риска заражения ВИЧ/СПИД.

В данной модели представлены три стадии, соответствующие усилиям человека изменить сексуальное поведение, рискованное с точки зрения передачи ВИЧ-инфекции.

Авторы акцентируют внимание на социальных и психологических факторах, которые влияют:

- на распознавание и признание собственных рискованных поведенческих практик как личной проблемы;
- формулирование обязательств в отношении изменения рискованного поведения;
- активный поиск и внедрение решений, направленных на снижение поведенческих рисков.

Эта модель аккумулирует основные постулаты социально-когнитивного подхода, модели убеждений в отношении здоровья, теории диффузии, моделей поиска помощи и принятия решений и разрабатывалась специфически для превенции ВИЧ. Авторы модели также говорят об определенных стадиях процесса поведенческих изменений. Финальным результатом, или стадией, является устойчивое утверждение изменений на практике, которое можно представить как суммирование осознания, целеполагания и поиска помощи. В этом контексте поиск помощи включает получение поддержки, необходимой для изменения рискованных поведенческих практик, эффективных коммуникативных навыков при общении с сексуальными партнерами и навыков уверенного поведения при инициации превентивных мер, в том числе использование презервативов.

В клинических исследованиях эффективности превентивных вмешательств в отношении ВИЧ/СПИД данная модель неоднократно показывала свою приемлемость и эффективность в различных регионах и группах населения. В частности, эти же ученые в исследовании 1994 года, в котором приняли участие 716 не состоящих в браке взрослых, обнаружили, что идентификация и признание наличия по крайней мере одной рискованной сексуальной практики связано с предыдущим опытом наличия инфекций, передающихся половым путем (генитальный герпес), а также с меньшим количеством стереотипов в убеждениях относительно здоровья. У участников, имеющих как одного, так и нескольких половых партнеров, более высокая приверженность к использованию презервативов была связана с повышенным признанием личного риска, поддержкой и положительным отношением к нормам использования презерватива, а также с хорошими навыками коммуникации с партнером в отношении превентивного поведения.

Д. Шнелл (*D. Schnell*) с коллегами показал в 1996 году, что увеличение практики постоянного использования презервативов значимо связано с внедрением стадийного подхода в превентивных вмешательствах на уровне сообщества. В 2005 году М. Брехт (*M. Brecht*) с коллегами успешно использовал данную модель в превентивной программе, ориентированной на превенцию ВИЧ среди гетеросексуальных потребителей инъекционных наркотиков (в частности, психостимуляторов из группы метамфетаминов), которые проходят лечение в наркологической клинике. Д. Чемпион и Д. Коллинз (*J. Champion, J. Collins*) в 2012 году получили значимые данные об эффективности рассматриваемой модели в случае превенции ВИЧ среди женщин, имеющих сочетанные факторы уязвимости, — пережитое насилие, заражение инфекциями, передаваемыми половым путем, этническая принадлежность.

МОДЕЛЬ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

В модели превенции ВИЧ с использованием индивидуальных ресурсов и социальных сетей (*Network-Individual-Resource Model for HIV Prevention*), предложенной Б. Джонсон (*B. Johnson*) с коллегами в 2010 году, подчеркивается то обстоятельство, что инфицирование ВИЧ возможно только в случае взаимодействия в паре людей, которые являются частью постоянных или временных социальных сетей различного размера. Объединение индивидуальных и сетевых ресурсов должно быть основой разработки и внедрения ВИЧ-превентивных вмешательств, которые в таком виде характеризуются более выраженным и устойчивым эффектом. Также программы, основанные на этой модели, обладают большим потенциалом для широкого распространения. Взаимодействие индивидов и социальных сетей способствует поддержанию здоровьесберегающего и превентивного поведения. Динамика и уровень индивидуальных поведенческих изменений зависят от уровня поддержки со стороны соответствующих социальных сетей.

С точки зрения авторов данной модели, успех превентивных усилий зависит от нескольких факторов. Во-первых, продвигать следует те поведенческие изменения, которые могут быть длительное время поддержаны индивидуальными и сетевыми ресурсами. Во-

вторых, превенция должна соответствовать как индивидуальным нуждам, так и потребностям социальных сетей, в том числе должна быть адекватна текущей индивидуальной ситуации и уровню развития. В-третьих, программа должна вызывать доверие и уважение. В-четвертых, превентивные усилия необходимо направлять на социальные сети, участники которых характеризуются высоким уровнем заболеваемости ВИЧ.

Представленные теоретические подходы и модели получили наибольшее распространение в исследованиях и превентивных программах в отношении ВИЧ/СПИД за рубежом. Следует отметить, что в разработке программ снижения риска используются и другие подходы: поведенческая теория принятия решений, теория социального влияния, теория социальных сетей. Вышеперечисленные теории и модели имеют ряд общих положений. Их объединяют принципы поведенческих изменений, но при этом выделяются разные механизмы реализации поведенческих изменений. Однако очевидно, что превентивные программы, базирующиеся на одной из теоретических концепций, могут быть описаны более чем одной теоретической моделью. Таким образом, различия между теориями сводятся к тем механизмам и детерминантам, которые они выделяют.

В практике реализации программ по профилактике ВИЧ-инфекций возможно использование положений разных теоретических подходов. Превентивные программы могут, таким образом, делать упор на восприятие угрозы (модель убеждений в отношении здоровья), на намерение действовать (теория осознанных действий), на результативность развития специфического поведенческого опыта (социально-когнитивная теория) или на мотивированность и готовность к изменениям (транстеоретическая модель).

Главным ограничением большинства теоретических подходов является то, что они представляют собой концептуальные обобщения и абстрагированы от специфичности внешних и внутренних составляющих рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Это относится, в частности, к сексуальному поведению, что включает в себя сексуальные желания, удовольствия, влечения, самооценку. Отсутствие комплексной теории сексуального поведения при разработке программ профилактики ВИЧ-инфекции заставляет опираться на теории, касающиеся общих аспектов здоровья, социальных действий и поведенческих изменений. Ключевым звеном передачи ВИЧ-инфекции служат человеческие взаимоотношения, однако существующие модели поведенческих изменений, связанных с риском заражения ВИЧ-инфекцией, не апеллируют напрямую

к таким уникальным аспектам этих взаимоотношений, как любовь, влечение, самооценка, власть, выживание, интимность, принуждение, доверие и т. д. С другой стороны, слабо изучены и внутренние факторы рискованного поведения. Специалисты выделяют группы риска по социально-поведенческим признакам, но мало что могут сказать о психологических детерминантах рискованного поведения.

Таким образом, кажущаяся на первый взгляд простота проблемы снижения риска заражения ВИЧ обманчива. Сложность человеческого поведения, неразрывная связь поведения со всем спектром человеческих взаимоотношений, с психологическими и социальными факторами создают огромные трудности для разработки, планирования, эффективной реализации и оценки результативности превентивных программ. Опыт западных специалистов по превенции ВИЧ-инфекции, часто ограничивающийся поведенческим уровнем анализа, необходимо дополнить достижениями отечественной психологии в области личностного подхода — теорией отношений В. Н. Мясищева, теорией индивидуальности Б. Г. Ананьева, теорией деятельности А. А. Леонтьева, на фундаменте которых базируются принципы индивидуального подхода.

Контрольные вопросы и задания

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?

ПОДХОДЫ, ВИДЫ И УРОВНИ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВКЛЮЧАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

В мировой и отечественной практике существует несколько подходов к профилактике и борьбе с различными социально значимыми заболеваниями (наркомания, алкоголизм, табакокурение, ИППП, ВИЧ и др.). Специалисты разных стран выделяют два основных подхода в профилактике рискованного поведения в области здоровья.

Репрессивный, или запретительный подход 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 этот подход наиболее активно реализовывался в 1950–1970-х годах. В медицинской сфере в советское время активно использовался метод принудительной абстиненции, т. е. строгой изоляции наркозависимых от наркотиков в закрытом лечебном учреждении. В крайней степени рассматриваемого подхода любое немедицинское употребление наркотиков является уголовно наказуемым деянием (например, в Сингапуре и Малайзии все сделки, связанные с наркотиками, караются смертной казнью). В области профилактики данный подход фокусируется на выработке страха по

отношению к заражению ВИЧ-инфекцией, употреблению наркотиков, алкоголя или табака, подчеркивает серьезную опасность заболеваний, запрет на рискованные поведенческие практики, включая наркопотребление; при этом 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 профилактики ВИЧ/СПИД репрессивный подход выражается в традиционном характере тестирования на ВИЧ (недобровольность; отсутствие до- и послетестового 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 психологическом уровнях он оказывается неэффективным. Ограничениями и негативными последствиями репрессивного подхода являются: стигматизация и дискриминация лиц, ассоциированных с проблемой ВИЧ/СПИД; достижение противоположного эффекта 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. На этапе лечения репрессивный подход неприменим и имеет противоположный эффект: принуждение не способствует формированию мотивации, без которой лечение неэффективно.

Либеральный подход 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, акцент делается на необходимость гуманного отношения к заболевшим. Наиболее ярко либерализация 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. Наиболее широкое обсуждение 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 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 два 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, опасностей, 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 1980-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; 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, для того чтобы добиться максимальной эффективности, информационным программам должны быть присущи следующие характеристики:

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 и 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. Цели программы должны быть реалистичными. Серьезные сдвиги в поведении больших групп людей не протяжении короткого промежутка времени не реалистичны. 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 и простое описание проблемы и моделей желательного поведения.
4. Если информационная программа направлена на увеличение использования определенных ресурсов, то ставку надо делать на доступность и высокое качество услуг (образовательных, медицинских, психологических, социальных).
5. Информационная кампания имеет больше шансов на успех, если она 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 формирования успешной стратегии, постановки реалистичных задач, создания структуры и творчески сформулированного сообщения.

Психосоциальный, или поведенческий подход подчеркивает необходимость развития определенных поведенческих навыков, опыта сопротивления нежелательным сексуальным контактам или отказа от них, от 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 по-

веденческим рискам должны быть подкреплены успешным опытом и конкретными навыками и умениями здоровьесберегающего поведения. Этот подход активно развивается в настоящее время.

Как уже было сказано, использование термина «превенция» в значительной степени связано со стремлением подчеркнуть роль активного включения тех, на кого направлена профилактика в профилактическом процессе. 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 формируются 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 перед рискогенным давлением 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 подобных навыков базируется на данных о том, что вовлеченность в рискованные фор-

мы поведения чаще развивается у личностей, имеющих трудности в коммуникации, распознавании и управлении эмоциями, а также слаборазвитые 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:

1. Психологическая зависимость от наркотиков является результатом ее заместительного эффекта.
2. Многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности.
3. Люди не прекращают использование психоактивных веществ, улучшающих настроение и поведение до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее.
4. 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 состояние здоровья, но и в 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 ВИЧ

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

Применительно к превенции ВИЧ/СПИД *первичная профилактика* представляет собой 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: семью, образовательное учреждение и места проведения досуга.

Выше 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.

В России первичной превенцией ВИЧ/СПИД преимущественно занимается система здравоохранения. Система образования, включая образовательные учреждения среднего звена (школы, ПТУ) и высшего уровня (колледжи и вузы) 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 инструментария потребителями наркотиков и предотвращение незащищенных сексуальных контактов.

Третичная профилактика представляет собой комплекс мер, направленных на реабилитацию лиц, заболевших ВИЧ-инфекцией, а также на 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. В мероприятия эффективной реабилитации должны входить не только адаптация к диагнозу и формирование важных поведенческих навыков, направленных на заботу о себе, но и профилактика дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции, а также 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 ВААРТ.

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 заключение отметим, что в зарубежной научной литературе и практике профилактики ВИЧ выделяются лишь первичная превенция (*primary prevention*) и вторичная превенция (*secondary prevention*), которая включает в себя вмешательства как для лиц, практикующих поведение высокого риска, так и для ВИЧ-инфицированных.

По специфике объекта превенции ВИЧ выделяют биологическую, медицинскую, психологическую и социальную превенцию.

1. Биологическая превенция ВИЧ подразумевает разработку методик тестирования на ВИЧ и вакцин против ВИЧ. Следу-

ет 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 одна из которых пока не удовлетворяет критериям пригодности для широкого внедрения.

2. Медицинская превенция ВИЧ включает: разработку препаратов и методик для лечения и предотвращения заражения ВИЧ (ВААРТ, 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 ВААРТ матери и ребенка; методики экстренной превенции ВИЧ в случае контакта с инфицированной кровью.
3. Психологическая превенция ВИЧ направлена на изменение детерминант рискованного поведения, относящихся к психологическим феноменам: уровню знаний, установкам, отношениям, мотивационной сфере, ценностям и поведенческим навыкам.
4. Социальная превенция ВИЧ делает акцент на макросоциальных детерминантах распространения инфекции: культурных и социальных нормах, общественных ценностях, законодательных практиках, структурных факторах (доступ к тестированию и лечению и т. д.).

УРОВНИ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ

Рассмотрим те уровни превенции, для которых участие психологов при разработке, апробации и внедрении превентивных вмешательств наиболее актуально.

1. Индивидуальный уровень превенции 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. Выше были подробно описаны психологические детерминанты риска заражения ВИЧ, т. е. особенности личности, которые могут быть факторами вовлечения в рискованное поведение, такие как склонность к риску, поиск острых 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 людям, живущим с ВИЧ.

ПРИНЦИПЫ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ

Эффективная превентивная работа требует соблюдения нескольких важных принципов:

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 представителей 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 создания 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 уровня распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска, приводящих к инфицированию в конкретном регионе, а также применение апробированных и основанных на данных клинических исследований программ профилактики.

Контрольные вопросы и задания

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 какова их специфика?

МЕТОДЫ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ И ГРУППОВОМ УРОВНЯХ

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, детерминирующих 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.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ГРУППОВОЙ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ

Целью вмешательства в данном случае является изменение поведения на индивидуальном и межличностном уровнях. 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 отношении конкретного человека 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 специфику, связанную с использованием групповой динамики.

Программа превентивного вмешательства оказывается эффективной в тех случаях, когда затрагивает три уровня личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Если изменения касаются лишь одного уровня, они не приводят к достижению основной цели любой интервенции — устойчивому изменению поведения. Для достижения полноценного результата объектом вмешательства должны быть:

- знания, уровень осведомленности индивида;
- установки, убеждения и отношение к проблемному поведению;
- умения и навыки, необходимые для реализации альтернативного поведения.

Под знаниями в данном случае понимается достоверная 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. 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 собственную 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 значительной мере обуславливает изменение поведения.

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

Рассмотрим несколько основных технологий, разработанных для изменения поведения на уровне индивида и группы.

МЕТОДЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ

Мотивационное интервью — клиент-центрированный директивный подход, направленный на разрешение двойственного отношения к изменениям. Подход был предложен Вильямом Миллером (W. Miller) и опубликован в журнале *Behavioral Psychotherapy* (1983. № 11). В основе этого подхода лежит транстеоретическая модель стадий изменения поведения, предложенная Дж. Прохаска и К. Дикленте, о которой шла речь в главе 4. Миллер показал высокую эффективность данной техники в работе с проблемным употреблением алкоголя: 11 из 12 исследований дали положительный резуль-

тат. В настоящий момент она широко применяется для решения различных поведенческих проблем.

Ядром транстеоретической модели, о чем подробно говорилось в главе 4, является положение о том, что мотивация не постоянна и поддается изменению. Процесс изменения поведения включает пять стадий (или ступеней): предразмышление, размышление, подготовка к действию, действие, поддержание результата и возможность рецидива. 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 стилю поведения: с одной стороны, он понимает необходимость изменения, 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.

Большее количество плюсов от изменения поведения, 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 существования.

Социальное давление. Социальное окружение клиента должно поддерживать изменения. Если переход к новому стилю поведения повлечет за собой разрыв прежних связей и социальную изоляцию, такое изменение обречено на рецидив.

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.

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 бы сильно вы ни убеждали клиента 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 нужно определить, на какой стадии изменения находится клиент, — понимает ли он необходимость изменений и ждет подходящего момента, чтобы начать, или не хочет даже признать наличия проблемных последствий своего поведения. В этих двух случаях задачи для специалиста будут различными. Рассмотрим подробнее особенности шести стадий и задачи консультанта на каждой из них.

1. Предразмышление (*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 натолкнутся на сопротивление. Задачи консультанта здесь — вызвать сомнение, смягчить действие психологических защит клиента и повысить степень осознания риска.

2. Размышление (*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, т. е. момент окончания этой стадии. Она характеризуется сомнением, амбивалентным отношением. Клиент признает наличие проблемы, но не уверен, хочет и может ли он что-то изменить. Он взвешивает за и против. Задачи консультанта здесь — 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*). Стадия характеризуется принятием решения и формированием намерения действовать. На этой стадии клиент ищет ответ на вопрос «как?». Задачи консультанта — помочь составить реалистичный план «А», а также продумать план «Б», т. е. 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

регулярные занятия спортом. Она может выражаться в том, что клиент делает попытку, например старается курить меньше или только после еды либо 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. Сохранение поведения, или 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 новой формы поведения. Задачи консультанта — помочь клиенту найти систему поддержки и обсудить профилактику срыва.

6. Рецидив (*relapse*). Движение к изменениям — процесс циклический, поэтому срыв не означает, что изменение не удалось. Рецидив не является в чистом виде стадией, скорее, это возможное, т. е. нормальное развитие событий на пути к изменению. Рецидив может периодически случаться, и за ним следует временная потеря мотивации. После срыва клиент на какое-то время отказывается от изменений и возвращается на стадию размышлений. Однако это не полный возврат к исходной точке. За время подготовки к действию и попытки измениться клиент приобретает новый опыт, который повышает его шансы добиться успеха в будущем. Задача консультанта здесь заключается в том, чтобы обсудить причины и извлечь уроки из произошедшего 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 он 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

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 статьей 7 Закона Российской Федерации «О мерах по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого ВИЧ» от 1 августа 1995 года исключительно с целью проведения масштабного скрининга населения на ВИЧ. С точки зрения врачей, обязательное консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию 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 ка-

честве компонента в состав большинства индивидуальных и групповых программ профилактики распространения ВИЧ-инфекции.

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

Прежде всего, стоит отметить, что профилактический эффект в данном случае основан на повышении уровня осознания и восприятия личной угрозы для здоровья, которая является необходимой предпосылкой для изменения поведения (о чем говорилось в главе 4 в связи с моделью убеждений в отношении здоровья). *Знание* о том, что незащищенный половой акт может привести к заражению ВИЧ, и *осознание* угрозы для себя лично здесь и сейчас получить диагноз ВИЧ по-разному влияют 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 подобный 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 подробнее каждую из процедур консультирования.

Дотестовое консультирование включает следующие компоненты:

- оценка личного риска;
- повышение уровня информированности клиента;
- выявление ресурсов для изменения поведения;
- 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, т. к. 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, поскольку 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 принять ответственность за эти последствия.

В процессе дотестового консультирования специалист повышает уровень осведомленности клиента не только в вопросах, касающихся эпидемиологии ВИЧ, но и в том, что касается методов защиты и профилактики инфицирования. Обсуждение личных средств и методов защиты 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 модель снижения риска (см. главу 4). Она предполагает осознанный выбор клиентом той меры защиты своего здоровья, на которую он готов в данный момент, и осознанное принятие ответственности за риск, которому он подвергается, если он 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 окончатель-

ным 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 сообщить во время дотестового консультирования, поскольку при объявлении положительного результата теста на ВИЧ клиент вследствие сильного стресса может оказаться 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, поскольку 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, 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 быть 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 консультанта — 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 конфиденциального, безопасного с психологической точки зрения пространства. Ситуация, когда консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию проводит один и тот же специалист, считается 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 отмечено, объявление положительного результата теста на ВИЧ в большинстве случаев вызывает у клиента состояние сильного стресса, а иногда шок. Сообщение какой-либо информации клиенту в таком состоянии представляется бессмысленным, так как возможность ее восприятия практически равна нулю. Напротив, задача консультанта — «вентилиция» 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 делать прогнозы относительно продолжительности жизни, поскольку 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 необходимо тщательнее заботиться о сохранности своего здоровья и своей безопасности, так как ВИЧ-инфекция повышает его уязвимость перед другими инфекциями. В процессе встречи стоит обсудить и меры вторичной профилактики, и шаги, которые клиент готов предпринять, 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 Российской Федерации предусматривает уголовную ответственность ВИЧ-инфицированного за сознательную постановку другого лица в угрозу заражения. 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 принятия на работу (за исключением ограниченного списка специальностей). Целесообразно обсудить с клиентом, кому он может или 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, т. к. невозможность вербализации мыслей и эмоций, связанных с диагнозом, может привести к росту эмоционального напряжения. В этом случае рекомендуется обсудить другие ресурсы получения поддержки, например услуги психолога или группы самопомощи.

Даже при успешно проведенном послетестовом консультировании у клиента сохраняется риск развития депрессивного состояния вследствие полученного сообщения о ВИЧ-инфицировании. 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 для других людей.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР

Рассмотрим вопрос 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 (дискордантные пары), часто продолжают использовать рискованные сексуальные практики, несмотря на то что знают о существующей угрозе. Любовь, привязанность, эмоциональная близость и продолжительность отношений наряду с другими факторами влияют на решение партнеров о продолжении незащищенного секса. 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. В ряде случаев именно подавляющее влияние одного из партнеров является причиной от-

каза 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 ситуациях, задача консультанта — добиться *осознанности* выбора для каждого из партнеров, когда клиент решает вопрос о применении мер защиты или отказе от них, в полной мере понимая последствия каждого варианта и принимая ответственность за него. Для повышения степени осознанности клиента консультант должен помочь ему 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 консультации (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 формированию понимания 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 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, чаще всего инфицирование случилось 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 ВИЧ

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 подобные тренинги базируются 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 (см. рис. 10). 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 зависят 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 сообщается 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, препятствующие восприятию информации участниками тренинга тогда, 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 отмечалось выше, социальное давление или социальная поддержка — мощный фактор поведенческих изменений, способный в значительной степени влиять на мотивацию к изменениям каждого отдельного участника группы.

Поведенческий компонент включает ситуационные и ролевые игры с целью выработки 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 самокон-

троля, 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 для того, чтобы противостоять давлению группы и уметь отстаивать свои интересы. К этому же разряду относится умение человека говорить «нет» в те минуты, когда его 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 дают возможность избегать конфликтов и стрессов в межличностной сфере, которые часто являются причинами последующего проблемного поведения.

Навыки разрешения проблем позволяют клиенту точно оценить ситуацию, анализировать ее, выявлять источник проблемы и ее последствия и находить оптимальное решение. Кроме того, в сложной ситуации навыки проблемно-разрешающего 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 предотвратить неблагоприятные последствия.

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 поведе-

ние также часто является способом заглушить гнев, раздражение, разочарование или страх. Умение осознавать негативные мысли и чувства, изменять свое состояние, добиваясь физического и психического расслабления, помогает 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 превентивных программ является 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.

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, была создана такая технология 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

в отечественной практике. Сам термин «сопровождение» и, в частности, «социальное сопровождение» пришел к нам из англо-американской традиции. Там он 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 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. 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 различаются по нескольким факторам: целевой аудитории, среде, роли специалиста по социальному сопровождению и набору 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 этой модели, как правило, является высоким (25:1, 100:1). Специалист по социальному сопровождению несет ответственность за оценку потребностей клиента и за выполнение плана сопровождения.

Модель полной поддержки/интенсивного социального сопровождения (assertive community treatment (ACT)/intensive case management (ICM) model) строится на фундаментальных принципах социального сопровождения с применением 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 (ACT), и во многих программах, работающих в рамках модели ICM, оказывается большинство услуг ACT, но не все. Так, 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) основывается на взаимодействии между специалистом по социальному сопровождению и клиентом, которое нацелено не только на содействие получению доступных ресурсов и услуг, но и на проведение непосредственно клинических и/или

реабилитационных мероприятий, 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 социально-психологические 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:

- непрерывность процесса оказания услуг (будь то помещение больного в случае необходимости в стационар или обслуживание его на дому);
- полное соответствие этих услуг нуждам и потребностям клиента с учетом их изменений в различные периоды его жизни;
- доступ к необходимым услугам, преодоление трудностей, связанных с реализацией прав человека;
- предоставление услуг вовремя, надлежащим образом и без дублирования (если в этом нет необходимости).

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.

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 обеспечение необходимых условий для ее получения.

ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ ПРОГРАММЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ВААРТ

В 2007–2009 годах на базе исследовательского сайта, организованного Биомедицинским центром в сотрудничестве с Санкт-Петербургским государственным университетом, Университетом штата Северная Каролина (США), Санкт-Петербургскими Городским центром СПИД и Городской наркологической больницей, при поддержке президентской программы по профилактике ВИЧ США (*PEPFARE, USA*) и гранта Национальных институтов здоровья США в Санкт-Петербурге проводилось пилотное исследование. Основной его целью являлась проверка эффективности и приемлемости использования индивидуального сопровождения в лечении потребителей инъекционных наркотиков по поводу ВИЧ-инфекции и наркозависимости как технологии вторичной профилактики ВИЧ. Дизайн исследования был определен как пилотное лонгитюдное исследование приемлемости и эффективности внедрения превентивного вмешательства в реальные условия оказания медицинской помощи без привлечения контрольной группы.

Участниками исследования выступали 60 ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся по медицинским показаниям в начале ВААРТ и лечении наркозависимости. В качестве критериев включения в исследование использовались следующие показатели: наличие ВИЧ-инфекции; активное наркопотребление (в течение последних шести месяцев); показания к началу ВААРТ или ранняя стадия лечения (не более трех месяцев); возможность привлечь в качестве помощника члена семьи или друга, готового активно содействовать сопровождению; готовность

пройти программу краткосрочной детоксикации (10 дней) в стационаре городской наркологической больницы. Всего в исследовании на этапе сопровождения приняло участие 60 человек, каждый из которых сопровождался в течение восьми месяцев.

Методы исследования и процедуры. Оценочные визиты для данного исследования происходили три раза: «на входе», через четыре и восемь месяцев сопровождения и включали несколько процедур:

1. Клиническое интервью для оценки актуальной ситуации участника и выбора или коррекции индивидуальной стратегии сопровождения.
2. Полустандартизированное интервью, в ходе которого заполнялся опросник оценки рискованных поведенческих практик в сфере здоровья (опыт употребления наркотиков, сексуальное поведение, здоровьесберегающее поведение).
3. Физический осмотр врача-инфекциониста и врача-нарколога.
4. Оценка характеристик психического состояния и переживаний с использованием зрительно-аналоговых шкал.
5. Тестирование мочи на наличие наркотиков, а также дыхательный тест на наличие алкоголя.
6. Первичная оценка иммунного статуса при помощи тестирования крови на количество CD4-лимфоцитов с помощью метода пробочной цитометрии.
7. Первичная оценка вирусной нагрузки при помощи тестирования крови для определения количества вирусов. Вирусная нагрузка определялась с нижней границей 50 копий/мл с использованием тест-системы *Roche RNA PCR 1.5*.

Показатели эффективности вмешательства. В качестве основного объективного показателя эффективности вмешательства рассматривался уровень удержания (сохранения) в программе сопровождения. Для анализа уровень удержания был разделен на три категории в зависимости от количества совершенных визитов: 1-й уровень — строгое соблюдение всех назначенных визитов, включая последний контрольный визит через восемь месяцев (группа полной приверженности); 2-й уровень — соблюдение большинства исследовательских и клинических визитов, включая последний контрольный (группа высокой приверженности); 3-й уровень — прерывание ВААРТ до окончания восьмимесячного периода сопровождения с соблюдением последнего контрольного визита (группа низкой приверженности).

Вторым объективным показателем была приверженность ВААРТ и эффективность лечения, которые оценивались по динамике показателей иммунного статуса (количество CD4-лимфоцитов) и вирусной нагрузки между визитом «на входе» в программу и визитом через восемь месяцев.

Субъективными показателями эффективности программы сопровождения были мнения участников и их помощников, экспертные оценки психологов, социальных работников и врачей, а также показатели оценки психических состояний, полученные при помощи зрительно-аналоговых шкал основных переживаний.

Срывы в наркопотребление фиксировались как наличие минимум трех дней последовательного употребления после последнего отрицательного теста мочи на основании самоотчета участника, отчета помощника, физического осмотра и повторного тестирования мочи. Сопровождение и участие в проекте продолжалось независимо от статуса наркопотребления и приверженности ВААРТ.

Статистический анализ. При математической обработке данных использовались описательные статистики для социально-демографических характеристик «на входе», показателей иммунного статуса и вирусной нагрузки «на входе», через четыре и восемь месяцев. Сравнительный анализ средних значений вирусной нагрузки и иммунного статуса проводился при помощи медианного теста Краскала—Уоллиса (*Kruskal—Wallis test*). Сравнительный анализ соотношения участников с вирусной нагрузкой меньше 1000 копий/мл «на входе» и при визитах сопровождения проводился с использованием точного теста Фишера (*Fisher's exact test*). Для сравнительного анализа изменения соотношений участников с вирусной нагрузкой меньше 1000 копий/мл использовался непараметрический тест Мак-Немара (*McNemar's test*) для парных пропорций. Для статистического анализа использовалось программное обеспечение *Stata v.10 (College Station, TX)*.

Этическое сопровождение исследования осуществлялось в полном соответствии с протоколом, регламентируемым стандартами клинической практики (*E6, ICH-GCP*) и этическими принципами Хельсинкской декларации по правам участников биомедицинских исследований. Протокол и все процедуры исследования были рассмотрены и одобрены этическими комитетами Университета штата Северная Каролина (США) и Биомедицинского центра (Санкт-Петербург).

Рассмотрим компоненты и содержание превентивного вмешательства.

Интенсивное индивидуальное сопровождение. В ходе первичного визита каждый участник подписывал информированное согласие и предоставлял детальную контактную информацию о себе и своем помощнике для индивидуального сопровождения. Каждый участник знакомился с социальным работником и психологом, ответственными за разработку и реализацию индивидуального плана сопровождения, включая коммуникацию с участником, помощником и врачами — инфекционистами и наркологами. Социальный работник осуществлял общую координацию взаимодействия участника и его помощника с врачами, психологом и другими необходимыми службами. С целью своевременного осуществления визитов для регулярного психологического консультирования, медицинского осмотра со стороны инфекциониста и нарколога, а также получения месячной дозы препаратов из набора ВААРТ социальный работник и психолог связывались с участником и помощником по телефону или совершали домашние визиты, что было особенно актуально в случае пропуска визитов.

Социальные работники осуществляли сопровождение участника при посещении врачей — инфекционистов и наркологов, получении препаратов ВААРТ, направлении в реабилитационные программы лечения наркозависимости или другие медицинские и социальные службы. Опоздание на назначенный контрольный визит больше чем на одну неделю рассматривалось как пропущенный визит, если участник не предупреждал о задержке заранее. Общение с врачами выстраивалось с позиции индивидуального подхода к каждому участнику и его конкретной жизненной ситуации.

Контрольные визиты сопровождения. График контрольных визитов определялся в ходе первого контакта и регистрации участника сопровождения. Каждый участник получал специальную карточку, на которой было отмечено расписание контрольных и оценочных визитов на весь период сопровождения. Контрольные визиты назначались один раз в две недели в течение восьми месяцев исследования.

В ходе визитов сопровождения осуществлялись следующие процедуры:

- клиническое интервью для оценки текущего рискованного поведения, включая употребление наркотиков, приверженности ВААРТ и социальных рисков;
- физический осмотр со стороны врача-нарколога для оценки статуса наркопотребления и врача-инфекциониста для оценки общего состояния здоровья;

- оценка характеристик психического состояния и переживаний с использованием зрительно-аналоговых шкал;
- тестирование мочи на наличие наркотиков;
- дыхательный тест на алкоголь.

Индивидуальное психологическое консультирование. Во время каждого визита сопровождения проводилось индивидуальное психологическое консультирование, основанное на моделях проблемно ориентированного и мотивационного консультирования. Основной акцент в консультировании делался на обсуждении текущего лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции, включая соблюдение режима ВААРТ, срывы в употребление наркотиков, а также актуальные рискованные ситуации, связанные с заражением ВИЧ и превентивные стратегии.

Группы поддержки. В течение всего периода исследования участники имели возможность посещать группы поддержки, которые назначались один раз в месяц и носили характер открытых встреч участников для обсуждения актуальных проблем лечения и профилактики ВИЧ, получения необходимой информации, эмоциональной взаимопомощи друг другу. Группы проходили с участием двух ведущих — социального работника и психолога, мужчины и женщины, для того чтобы обеспечить максимальный комфорт участникам разного пола. Содержание каждой группы во многом определялось текущими запросами пришедших на нее участников. Группы поддержки назначались отдельно для участников, актуально употребляющих наркотики и находящихся в ремиссии. Поскольку наркологический статус у лиц с тяжелой формой зависимости является неустойчивым и может меняться достаточно часто, персонал исследования отвечал за то, чтобы одновременно вместе в группе не оказались участники разного статуса. Экспозиция другого лица, находящегося в употреблении, является одной из самых значимых детерминант риска возникновения срыва.

Сопровождение визитов за препаратами ВААРТ. Визиты за получением месячной дозы лекарств для лечения ВИЧ-инфекции назначались врачом-инфекционистом по индивидуальному плану в диапазоне от одного раза в месяц до одного раза в три месяца. Визиты происходили на базе Городского центра СПИД. Важным поведенческим навыком, необходимым для ВИЧ-инфицированного пациента, является способность регулярно приходить в медицинское учреждение для мониторинга состояния здоровья и получения регулярной дозы препаратов. Поскольку прерывание терапии часто

связано с нарушением графика визитов, в рамках поведенческого вмешательства большое внимание уделялось выработке устойчивых навыков организации и совершения визитов за препаратами. Социальные работники, ответственные за сопровождение конкретного участника, обсуждали с участником и его врачами индивидуальный график визитов за препаратами. Предпочтение отдавалась выработке стратегии прихода за препаратами самим ВИЧ-инфицированным, в качестве запасного варианта рассматривалось привлечение помощника участника, которому также оказывалось содействие со стороны социального работника в случае необходимости получения им препаратов для участника. Социальный работник обязательно сопровождал участника в Центр СПИД во время этих визитов на начальной стадии постановки на терапию для того, чтобы помочь ему адаптироваться к реальной ситуации, персоналу Центра СПИД, ответственному за выдачу препаратов.

Обучение помощника навыкам эффективного сопровождения. В качестве обязательного условия включения в программу сопровождения рассматривалось вовлечение помощника участника, который не является потребителем наркотиков. В качестве помощника мог выступать любой близкий человек (родитель, супруг, партнер, друг и др.), готовый принять на себя ответственность за оказание помощи участнику и активно участвовать в сопровождении участника. В рамках программы помощник рассматривался как важный ресурс формирования и поддержания приверженности лечению каждого конкретного участника. Социальный работник и психолог в ходе знакомства и дальнейшего общения с помощником уделяли данному вопросу особое внимание, подчеркивая важность принятия им своей помогающей и превентивной роли. В процессе сопровождения помощник знакомился с конкретными обстоятельствами и условиями оказания помощи и лечения своего подопечного. Социальные работники содействовали личному знакомству врача и другого медицинского персонала с помощником, знакомили его с другими медицинскими и социальными службами, помощь которых может быть востребована в будущем. В определенном смысле социальные работники обучали помощника навыкам эффективного сопровождения, которые им понадобятся после окончания исследования в последующей жизни, поскольку лечение ВИЧ назначается каждому пациенту пожизненно. Встречи и контакты с помощниками осуществлялись минимум один раз в месяц, а в случае кризисных ситуаций значительно чаще. Социальный работник взаимодействовал с помощником для обсуждения текущего статуса сопровождения, сложностей

и актуальных задач лечения, при необходимости привлекая психолога к этим встречам. Каждый помощник имел возможность в течение всего периода сопровождения встречаться с психологом для обсуждения своих личных сложностей и проблемных ситуаций, возникающих в контексте сопровождения подопечного.

Социально-демографические и поведенческие особенности участников исследования. Первичный скрининг для участия в исследовании прошел 901 пациент Центра СПИД. Среди них 346 человек (38,4%) оказались потребителями инъекционных наркотиков с текущим опытом их употребления (шесть месяцев, предшествующих набору), из которых 60 человек (17,3%) подходили по критериям включения и согласились участвовать в исследовании. Причины невключения в проект были связаны с отсутствием назначения ВААРТ — 171 человек (49,4%); нежеланием участвовать — 110 (31,8%); отказом проходить детоксикацию — 49 (14,2%) и отсутствием потенциального помощника — 16 (4,6%). Среди 60 зарегистрированных для интенсивного сопровождения было 34 мужчины и 26 женщин (56,7 и 43,7%); средний возраст составил 31 год (разброс 18–41); в основном лица с образованием не ниже среднего профессионального — 46 человек (76,7%); лишь 7 человек (11,7%) имели полную профессиональную занятость. Средний возраст первой пробы наркотика составил 17 лет, а средний стаж наркопотребления — 10 лет. В качестве помощников участники в основном привлекали женщин — 51 человек (85,0%); родителей — 37 человек (61,7%); партнера/супруга — 14 человек (23,3%).

На момент включения в проект 31 участник из 60 (51,7%) активно употреблял инъекционные наркотики, 29 человек (48,3%) находились в краткосрочной ремиссии (не более шести месяцев). В группе из 31 участника, употреблявших наркотики на момент «входа», большинство использовали героин (96,8%), 1 человек (3,2%) употреблял психостимуляторы, 21 человек (67,7%) признал наличие опыта совместного употребления инъекционного оборудования в течение последнего месяца. Все эти участники исследования были госпитализированы в Городскую наркологическую больницу для прохождения детоксикации, но лишь 5 человек из 31 (16,1%) полностью завершили десятидневную программу. Однако 26 человек, прервавших детоксикацию (83,9%), в течение восьми месяцев периода сопровождения минимум один раз повторно проходили детоксикацию.

Начало ВААРТ у всех 60 участников произошло в период от трех месяцев до начала проекта до одного месяца после. 16 человек

(26,7 %) начали ВААРТ незадолго до регистрации в проекте. Основными показателями для назначения ВААРТ у 45 человек (75,0 %) был низкий уровень CD4-клеток (менее 300 клеток/мл); у 31 человека (51,7 %) — высокая вирусная нагрузка (более 100 000 копий/мл); у трех человек (5,0 %) также наблюдались серьезные оппортунистические инфекции. 28 участников из 60 (46,7 %) не имели выраженных симптомов СПИД. Назначенные схемы ВААРТ у 49 человек (76,6 %) включали комбинацию препаратов AZT/3TC/EFV; у семейных (14,9 %) — AZT/3TC/LPV, а у четырех (8,5 %) — DDI/3TC/NVP.

Результаты апробации и оценки эффективности программы индивидуального сопровождения. Общий уровень удержания в индивидуализированном сопровождении на момент окончания проекта через восемь месяцев составил 90 % (54 участника). 40 человек (66,7 %) не пропустили ни одного назначенного визита, включая клинические визиты за препаратами ВААРТ (группа полной приверженности); 13 человек (21,7 %) допустили несколько пропусков (группа высокой приверженности), включая 6 человек из 13 (46 %), совершивших минимум 90 % назначенных визитов, 7 человек (11,7 %) прервали прием ВААРТ и пропустили значительное количество визитов (группа низкой приверженности). Между группами не было обнаружено статистических различий по характеристикам: пол, возраст, уровень образования, профессиональный статус или условия проживания.

В среднем в течение восьми месяцев сопровождения социальные работники, ответственные за сопровождение, осуществили с каждым из участников по 15 контактов, из которых 33,4 % не были запланированы заранее и производились в случае пропуска визитов или в кризисных ситуациях. С помощниками за этот период в среднем произошло по восемь контактов, из которых 18,2 % были незапланированными. Все участники раз в неделю могли посещать группы поддержки. Однако только 24 человека из 60 (40 %) участвовали как минимум в одной сессии, а в среднем пришли два раза на групповые встречи.

В таблице 3 представлена динамика показателей иммунного статуса и вирусной нагрузки (ВН) в зависимости от уровня удержания в сопровождении и приверженности. «На входе» в среднем показатель иммунного статуса составлял 215 CD4-лимфоцитов клеток/мл, в группе прервавших терапию этот показатель в начале сопровождения составлял в среднем 160 клеток/мл. Однако значимых различий в средних показателях CD4-лимфоцитов между тремя группами в начале проекта обнаружено не было ($p = 0,33$). Были вы-

Таблица 3. Динамика показателей иммунного статуса и вирусной нагрузки (ВН) в зависимости от уровня удержания в сопровождении и приверженности

| Параметры | Группа полной приверженности (все визиты), N = 40 | Группа высокой приверженности (большинство визитов), N = 13 | Группа низкой приверженности (прерывание ВААРТ), N = 7 | Всего, N = 60 |
|---|---|---|--|--|
| Иммунный статус | | | | |
| Количество участников, чел. (доля) | <u>38 (95%)</u> 38 (95%) | <u>13 (100%)</u> 13 (100%) | <u>5 (71%)</u> 5 (71%) | <u>56 (93%)</u> 56 (93%) |
| Медиана (интерквартильный размах) CD4-лимфоцитов, клеток/мл | 219 (145,306) 316 (194,384) | 213 (84,323) 308 (113,360) | 160 (124,216) 123 (100,253) | 215 (129,301) 293 (154,382) |
| Вероятность p | 0,02 | 0,03 | 0,5 | – |
| Вирусная нагрузка | | | | |
| Количество участников, чел. (доля) | <u>35 (88%)</u> 37 (93%) | <u>12 (92%)</u> 12 (92%) | <u>4 (57%)</u> 4 (57%) | <u>51 (85%)</u> 53 (88%) |
| ВН <1000, копий/мл (доля) | <u>16 (46%)</u> 31 (84%)* | <u>4 (33%)</u> 7 (58%)* | <u>1 (25%)</u> 1 (25%)* | <u>21 (41%)</u> 39 (74%) |
| Медиана (интерквартильный размах) ВН, копий/мл | <u>5840 (61,156000)</u> 50 (50,400)** | 7440 (114,872779) 275 (50,7022)** | <u>341259 (75232,911102)</u> 3750 (907,153000)** | <u>12000 (75,268000)</u> 64 (50,1030) |
| Вероятность p | < 0,001 | 0,4 | 1,0 | – |

Примечание: в числителе — значения параметров «на входе», в знаменателе — «на выходе»; * $p = 0,02$, ** $p = 0,04$.

явлены значимые улучшения показателей иммунного статуса в конце сопровождения для групп с полной и высокой приверженностью, значимого увеличения количества CD4-лимфоцитов в группе с низким уровнем удержания во время контрольного визита через восемь месяцев обнаружено не было. Средний показатель уровня вирусной нагрузки «на входе» составлял 12 000 копий/мл с разбросом средних значений по группам от 5842 до 341 259 копий/мл с наиболее высокой вирусной нагрузкой в группе прервавших ВААРТ. Во время контрольного визита через восемь месяцев средний показатель вирусной нагрузки составил 64 копии/мл, в группе полной приверженности — 50 копий/мл, а в группе прервавших терапию — 3750 копий/мл ($p = 0,04$). Были обнаружены значимые статистические различия в снижении вирусной нагрузки в зависимости от уровня удержания во время последнего контрольного визита: больше 1000 копий/мл имели 84 % участников из группы полной приверженности; в группе высокой приверженности — 58 %, в группе низкой приверженности — только 25 % ($p = 0,02$). Не было выявлено различий в демографических или поведенческих показателях между группами, которые были бы связаны с показателями количества CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки.

По своему наркологическому статусу «на входе» в проект 31 участник (51,7 %) активно употреблял наркотики, в ходе последнего контрольного визита было выявлено 27 таких человек (45,0 %). Из 29 участников (48,3 %), которые «на входе» находились в ремиссии, 7 человек (24,1 %) сорвались и находились в употреблении во время последнего визита, а из группы употреблявших «на входе» во время последнего визита 11 человек находились в ремиссии и не употребляли наркотики. В целом 33 участника из 60 (55 %) оказались в ремиссии в конце сопровождения. Фактор трезвости был связан с более высокими показателями удержания и приверженности терапии. 27 участников из 40 человек (67,5 %), не пропустивших ни одного клинического визита, и 6 человек из 13 (46,2 %) в группе совершивших большинство визитов, во время последнего контрольного визита находились в ремиссии, а все 7 участников из группы прервавших терапию «на выходе» активно употребляли наркотики ($p = 0,002$).

Результаты данного пилотного исследования свидетельствуют о приемлемости и эффективности интенсивного индивидуального сопровождения для повышения показателей лечения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, включая удержание в сопровождении и приверженность ВААРТ.

Большинство (90 %) участников, зарегистрированных в исследовании, были удержаны в сопровождении в течение всего периода проекта. У 74 % в ходе последнего контрольного визита вирусная нагрузка оказалась более 1000 копий/мл, что свидетельствует об эффективности лечения. Эти данные в положительном плане контрастируют с российской практикой лечения, в рамках которой не более 40 % потребителей инъекционных наркотиков из начавших терапию остаются приверженными через шесть месяцев, а также сопоставимы с американскими данными десятилетнего мониторинга применения ВААРТ в общей популяции, которые свидетельствуют об эффективном подавлении вирусной нагрузки у 78 % пациентов через шесть месяцев после начала терапии. Несмотря на относительно малый размер выборки в 60 человек, было продемонстрировано значимое положительное воздействие интенсивного кейс-менеджмента для потребителей инъекционных наркотиков с вовлечением в систему поддержки родственника или близкого человека как на приверженность ВААРТ (74 %), так и на уровень удержания в сопровождении (88 %) независимо от продолжающегося или нестабильного наркопотребления участников. Одним из критериев включения в данное исследование была возможность идентифицировать и привлечь значимого другого для оказания содействия потребителям инъекционных наркотиков в сопровождении. Результаты скрининга 346 потребителей инъекционных наркотиков свидетельствуют, что среди них лишь у 5 % не было выявлено подходящего человека в окружении для социальной поддержки. Эти данные соответствуют результатам демографического анализа, свидетельствующего о наличии стабильного близкого окружения у потребителей инъекционных наркотиков в России (проживание с родителями или наличие партнера/супруга). Таким образом, стратегию вовлечения в систему медико-социально-психологического сопровождения непрофессионального помощника можно рекомендовать к широкому использованию.

Ввиду отсутствия в России наркозаместительной терапии как технологии удержания ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в лечении ВААРТ количество срывов после прохождения краткосрочных программ детоксикации и консультирования крайне велико. Использование препаратов класса опиоидных антагонистов, блокирующих опиатные рецепторы (налтрексон, налаксон и т.п.), позволяет в некоторых случаях добиваться стабильной ремиссии, но является довольно дорогостоящим методом, недоступным для большинства наркозависимых.

В данном исследовании наблюдалось снижение активного наркопотребления у участников сопровождения, но четверть участников, «на входе» находящихся в ремиссии, сорвались во время периода сопровождения и не справились с сохранением трезвости, в основном по причине отсутствия долгосрочного наркологического лечения. Активное наркопотребление также являлось основной причиной прекращения ВААРТ или отказа от сопровождения. Подобные негативные последствия отсутствия долгосрочного наркологического лечения для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков испытывают все страны, в которых не внедрены программы наркозаместительной терапии для таких пациентов, нуждающихся в ВААРТ в качестве вынужденной меры противодействия эпидемии ВИЧ в этой группе населения. Несмотря на высокую эффективность применения в пилотном проекте интенсивного кейс-менеджмента и активной социальной поддержки для эффективности и сохранения приверженности ВААРТ, эта технология слабо повлияла на наркопотребление участников.

Ограничениями данного проекта, которые следует учитывать, являются отсутствие контрольной группы сравнения и сомнения в возможности широкого внедрения данной программы интенсивного кейс-менеджмента, предполагающего дополнительные материальные и человеческие ресурсы. Более приемлемой для широкого внедрения могла бы стать программа кейс-менеджмента с меньшей степенью интенсивности. Включение помощника в систему поддержки ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков для повышения эффективности лечения и сопровождения представляется перспективной и пригодной для широкого внедрения технологией, которая потребует в дальнейшем ответов на вопросы о необходимом количестве и оптимальном формате контактов кейс-менеджеров с помощниками для достижения наилучших результатов лечения. Использование мобильных средств связи (телефона, Интернета), возможно, является одним из средств снижения экономических и временных затрат при реализации технологии индивидуализированного кейс-менеджмента.

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что программа интенсивного кейс-менеджмента для потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся в ВААРТ, является пригодной и эффективной стратегией повышения эффективности лечения. Система кейс-менеджмента позволяет осуществлять превентивные вмешательства в области как индивидуального, так и общественного здоровья. Комплексные превентивные программы, направленные на

профилактику ВИЧ и употребления наркотиков, реализуемые на основе кейс-менеджмента для потребителей инъекционных наркотиков в комбинации с эффективными технологиями долгосрочного наркологического лечения, в значительной степени способны повысить эффективность лечения.

Контрольные вопросы и задания

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. Какие три компонента должна включать программа тренинга безопасного поведения, для того чтобы быть эффективной?
7. Что такое социальное сопровождение?
8. В чем состоит особенность взаимоотношений между клиентом и специалистом по социальному сопровождению?

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. *Александрова Н. В., Городнова М. Ю., Эйдемиллер Э. Г.* Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИД. СПб.: Речь, 2010. 188 с.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации / под ред. В. В. Покровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 112 с.
3. *Леви Дж. Э.* ВИЧ и патогенез СПИД. М.: Научный мир, 2010. 734 с.
4. *Либман Г., Макадон Х. Дж.* ВИЧ-инфекция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 556 с.
5. Планирование, осуществление и оценка эффективности программ профилактики ВИЧ-инфицирования среди учащихся учреждений системы начального и среднего профессионального образования: науч.-метод. пособие / под ред. И. Н. Гурвича. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. 178 с.
6. *Шаболтас А. В.* Программа превенции ВИЧ-инфекции на уровне сообществ с привлечением лидеров общественного мнения // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 2. С. 105–118.
7. *Шаболтас А. В.* Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции: моногр. СПб.: Скифия-принт, 2015. 694 с.
8. *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.: Скифия-принт, 2010. 120 с.

Дополнительная литература

1. Программа профилактического тренинга для подростков «Ступени»: руководство для тренера / под ред. Р. В. Йорика, А. В. Шаболтас. СПб.: Врачи детям, 2009. 92 с.
2. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп: практ. пособие для соц. работников. Алматы, 2007. 130 с.
3. *Сафонова П. В., Бадосова Н. В.* Человек и ВИЧ. Мое здоровье, права, возможности. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. 136 с.

4. *Соколов Н.В., Бородкина О.И., Козлов А.П.* Здоровье и поведенческие риски студенчества. СПб.: Скифия-принт, 2007. 119 с.
5. Efficacy of a brief HIV prevention counseling intervention among STI clinic patients in Russia: a randomized controlled trial / N. Abdala et al. // *AIDS and Behavior*. 2013. Vol. 17 (3). P. 1016–1024.
6. Access to syringes for HIV prevention for injection drug users in St. Petersburg, Russia: syringe purchase test study / E. Fedorova et al. // *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13. P. 183.
7. Cultural adaptation of an intervention to reduce sexual risk behaviors among patients attending a STI clinic in St. Petersburg, Russia / L. E. Grau et al. // *Prevention Science*. 2013. Vol. 14 (4). P. 400–410.
8. A peer-educator network HIV prevention intervention among injection drug users: Results of a randomized controlled trial in St. Petersburg, Russia / I. Hoffman et al. // *AIDS and Behavior*. 2013. Vol. 17 (7). P. 2510–2520.
9. The feasibility of an intensive case management program for injection drug users on antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia / A. V. Shaboltas et al. // *Harm Reduction Journal*. 2013. Vol. 10 (1). P. 15.
10. Standards for HIV/AIDS case management. New York: New York State Department of Health AIDS Institute, 2006. 52 p.
11. Standards of practice for case management. Little Rock: CMSA, 2010. 28 p.

Книги **Издательства СПбГУ** можно

ЗАКАЗАТЬ

на сайте издательства: **publishing.spbu.ru**

в интернет-магазинах: **ozon.ru; bookvoed.ru; URSS.ru**

ПРИБРЕСТИ

в книжных магазинах **СПбГУ Дом университетской книги**

Менделеевская линия, д. 5

6-я линия В. О., д. 15

Университетская наб., д. 11

А также в магазинах

- Санкт-Петербурга:** Сеть книжных магазинов «Буквоед»
Санкт-Петербургский Дом книги, Невский пр., д. 28
«Подписные издания», Литейный пр., д. 57
- Москвы:** «Библио-Глобус», ул. Мясницкая, д. 6/3
«Фаланстер», М. Гнездиновский пер., д. 12/27
- Перми:** «Пиотровский», ул. Ленина, д. 54
- Екатеринбурга:** «Ельцин-Центр», ул. Бориса Ельцина, д. 3а

Учебное издание

*ШАБОЛТАС Алла Вадимовна, БОГОЛЮБОВА Ольга Николаевна,
СКОЧИЛОВ Роман Владимирович, БАТЛУК Юлия Викторовна*

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРЕВЕНЦИИ

Учебно-методическое пособие

Издание второе, исправленное и дополненное

Редактор *И. М. Кудрявина*

Корректор *А. С. Яшина*

Компьютерная верстка *Ю. Ю. Тауриной*

Обложка *Е. В. Арделян*

Подписано в печать 21.12.17. Формат 60×90 1/16.

Усл. печ. л. 7,78. Плановый тираж 500 экз. (1-й завод — 100 экз.). Заказ №

Издательство Санкт-Петербургского университета.

199004, С.-Петербург, В.О., 6-я линия, 11.

Тел./факс +7(812)328-44-22

publishing@spbu.ru



publishing.spbu.ru

Типография Издательства СПбГУ. 199034, С.-Петербург, Менделеевская линия, д. 5.