

О.В.Кольцова, П.В.Сафонова

# Психосоциальное консультирование при тестировании на ВИЧ-инфекцию



БАЛТИЙСКИЙ  
Медицинский  
Образовательный центр

Санкт-Петербург

2014

*СПУТНИК*  *СПЕЦИАЛИСТА*

---

**ВИЧ / СПИД**

О.В.Кольцова, П.В.Сафонова

**Психосоциальное консультирование  
при тестировании на ВИЧ-инфекцию**

под редакцией академика РАН  
Н.А.Белякова

Руководство для врачей и психологов

Библиотека журнала  
«ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии»

Балтийский  
Медицинский  
образовательный  
Центр

Санкт-Петербург, 2014

УДК 616.9

ББК 51.1+88.4+88.5

*О.В.Кольцова и П.В.Сафонова. Психосоциальное консультирование при тестировании на ВИЧ-инфекции.* Под редакцией *Н.А.Белякова.* ВИЧ/СПИД — информационно-аналитический бюллетень. СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, — 84 с.\*  
(Библиотека журнала «ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии»)

**Авторы:** *О.В.Кольцова* — кандидат психологических наук, заведующая отделом медицинской и социальной психологии СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

*П.В.Сафонова* — психолог научно-организационного отдела СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

**Рецензенты:** к.м.н. *В.В.Рассохин*, к.психол.н. *А.В.Шаболтас*.

В руководстве изложены основные положения консультативной помощи людям при добровольном тестировании на ВИЧ, которая в настоящее время в основном осуществляется подготовленными врачами, психологами и специалистами по социальной работе, аутрич-работниками в учреждениях здравоохранения, социальной защиты населения, общественных организациях и неправительственных фондах.

Руководство предназначено в первую очередь для врачей инфекционистов, эпидемиологов, фтизиатров, терапевтов и врачей общей практики, акушеров-гинекологов, дерматовенерологов и др. специалистов, участвующих в тестировании крови на ВИЧ и направлении пациентов на лабораторное обследование на ВИЧ.

Издание должно способствовать совершенствованию медицинской помощи в области лечения ВИЧ-инфекции и повышению качества консультативно-диагностической помощи населению, как одной из форм профилактического вмешательства по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции.

---

\* — Руководство подготовлено в рамках выполнения долгосрочной целевой программы "Профилактика заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в Санкт-Петербурге на 2013-2015 годы и учебно-образовательных программ Кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	6
ГЛАВА 1. ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ИППП .....	11
1.1. Вакцинация — «Святой Грааль» профилактики ВИЧ-инфекции	13
1.2. Микробициды — больше, чем просто смазка .....	14
1.3. Обрезание — меньше крайней плоти, больше защиты .....	15
1.4. ПКП — постконтактная профилактика .....	16
1.5. ПреКП — химический презерватив .....	17
1.6. Предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку .....	18
1.7. Служба психосоциального консультирования при тестировании на ВИЧ .....	19
ГЛАВА 2. РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ в ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ .....	24
ГЛАВА 3. БАЗОВЫЕ ПОНЯТИЯ И ЭТАПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ НА ВИЧ/ИППП .....	29
3.1. Этапы консультирования при тестировании на ВИЧ .....	32
3.2. Особенности консультирования до теста на антитела к ВИЧ ..	32
3.3. Особенности послетестового консультирования при отрицательном результате анализа .....	36
3.4. Особенности послетестового консультирования при неопределенном и положительном результате анализа .....	42
ГЛАВА 4. «ОТСРОЧЕННОЕ» КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ .....	47
ГЛАВА 5. САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕЗЕРВАТИВА: МЕТОД ПО СНИЖЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РИСКА .....	53

ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ СО СПИДОФОБИЕЙ . . .	56
ГЛАВА 7. ЭТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАРТНЕРОВ	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ . . . . .	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Мониторинг процесса тестирования на ВИЧ в анонимном кабинете специализированного учреждения здравоохранения — Центр СПИД . . . . .	68
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Анкета . . . . .	70
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Форма справки о первичной консультации в анонимном кабинете при получении положительного результата на ВИЧ при ИФА. . . . .	74
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Программа 3-дневного семинара-тренинга для консультантов по ПКТ . . . . .	75
ЛИТЕРАТУРА . . . . .	78

## СОКРАЩЕНИЯ

**БД** — база данных

**ВААРТ** — высокоактивная антиретровирусная терапия

**ВИЧ** — вирус иммунодефицита человека

**ВОЗ** — Всемирная организация здравоохранения

**ГНБ** — Городская наркологическая больница

**ДКТ** — добровольное консультирование до и после теста на антитела к ВИЧ

**ДУ** — диспансерный учет

**ЖК** — женская консультация

**ИППП** — инфекции, передающиеся половым путем

**ИФА** — иммуноферментный анализ

**КВД** — кожно-венерологический диспансер

**ПКП** — постконтактная профилактика

**ПКТ** — психосоциальное консультирование при тестировании на ВИЧ-инфекцию

**ЛЖВ** — люди, живущие с ВИЧ

**ЛПУ** — лечебно-профилактическое учреждение

**МСМ** — мужчины, имеющие секс с мужчинами

**НГО** — негосударственная организация

**ПАВ** — психоактивные вещества

**ПИН** — потребители инъекционных наркотиков

**ПЦР** — полимеразная цепная реакция

**СВ** — снижение вреда

**СМИ** — средства массовой информации

**СПИД** — синдром приобретенного иммунодефицита

**СЭ** — самоэффективность

**Центр СПИД** — Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

**ЮНЭЙДС** — Объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (англ. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, сокращенно UNAIDS)

**CCR5** — белок человека, кодируемый геном CCR5

**CD4** — CD4-лимфоциты, или клетки-хелперы, или Т-хелперы

## ВВЕДЕНИЕ

Консультирование до и после теста на антитела к ВИЧ остается наиважнейшей профилактической мерой в современной медицине и требует этически обоснованного психологического вмешательства, так как большинство людей связывают ВИЧ/СПИД со смертью и бессилием медиков.

В международной практике тестирования на ВИЧ-инфекцию используется понятие добровольное консультирование и тестирование [36] — ДКТ (voluntary counseling and testing — VCT). Российскими специалистами введено понятие психосоциального консультирования при добровольном тестировании на ВИЧ [1] — ПКТ. По своим целям и задачам эти понятия тождественны, поэтому в руководстве мы используем оба названия в зависимости от места применения данного психологического вмешательства.

Страх перед ВИЧ/СПИДом и боязнь раскрытия факта заражения кому бы то ни было обусловлены низкой информированностью о достигнутом на сегодняшний день прогрессе в лабораторной диагностике и высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Большинство людей остаются в неведении, что благодаря достижениям современной медицины ВИЧ-инфекция перешла из разряда быстро прогрессирующих смертельных заболеваний в разряд поддающихся лечению нарушений здоровья, что позволяет жить с этим заболеванием долгие годы. Драматизм борьбы с эпидемией, поиском противовирусных лекарств, опыт неудач до сих пор вызывает отрицание проблемы ВИЧ/СПИДа на разных уровнях (отдельной личности, сообществ, общества в целом).

Федеральным законом от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» предусмотрено

обязательное консультирование при медицинском освидетельствовании на ВИЧ-инфекцию. Зачастую положения закона трактуются формально: медицинские работники в разных ЛПУ даже при подписании «Информированного согласия» перед тестированием не консультируют пациента [30]. В лучшем случае, при выявлении ВИЧ-инфекции человеку рекомендуют обратиться для уточнения результата анализа в специализированное учреждение здравоохранения — Центр СПИД.

Со времени начала развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в РФ теме до и послетестового консультирования посвящены распространенные большими тиражами отдельные руководства или главы монографий по ВИЧ-медицине [2, 8, 10, 24–26, 39]. Однако на деле специалисты сталкиваются с множеством новых вопросов, которые требуют определенных навыков психологической работы.

Некоторые нерешенные на практике проблемы стоит особо отметить: — большинство врачей из разных ЛПУ, которые направляют своих пациентов на ВИЧ-тестирование, будучи компетентными в своей области знаний (акушерстве и гинекологии, дерматологии и венерологии, психиатрии и наркологии, хирургии и других областях медицины), не получают новой информации о последних достижениях ВИЧ-медицины, не готовы обсуждать вопросы, связанные с поведенческими рисками, и отчасти поэтому ограничивают консультирование кратким сообщением, не ставя задачи обсудить рискованное поведение пациента или попробовать другие, не использованные ранее, способы профилактики;

— люди, не получившие помощь в проработке своего рискованного поведения, продолжают находиться в ситуации риска распространения ВИЧ-инфекции;

— больные, зараженные ВИЧ-инфекцией, зачастую сами не обращаются за консультацией, так как считают себя достаточно осведомленными, они не мотивированы к поиску новой информации о возможностях современной медицины, могут не иметь адекватного отношения к своему заболеванию, не включаются в систему наблюдения и тем самым лишают себя доступного и жизненно необходимого лечения, а в медицинскую сеть попадают только при значительном ухудшении здоровья;



— медицинский персонал зачастую не обсуждает психологические проблемы, так как не подготовлен к оказанию психологической помощи, хотя и сталкивается с необходимостью ее предоставления при тестировании на ВИЧ.

Игнорирование консультативного компонента при лабораторном обследовании может иметь негативные последствия, связанные, в первую очередь, с непринятием положительного ВИЧ-статуса. «Отрицание способствует тому, что сообщества или нации отказываются осознать угрозу ВИЧ, и что его последствия требуют рассмотрения трудных и спорных вопросов, таких, например, как природа традиционных норм, лежащих в основе мужской и женской сексуальности, социальный и экономический статус женщин, коммерческий секс, проблемы семей, разделенных миграцией или работой, неравноправие в отношении услуг здравоохранения и образования, инъекционное употребление наркотиков» [36].

Страх стигматизации и дискриминации мешает заразившимся раскрыть свой ВИЧ-статус членам семьи или своим партнерам (сексуальным или по совместному употреблению наркотиков), для того, чтобы получить поддержку и предотвратить дальнейшую передачу вируса.

С учетом актуальных на сегодняшний день проблем — отрицания, стигматизации, дискриминации и сокрытия, которые окружают ВИЧ-инфекцию, есть потребность в привлечении внимания к ПКТ, анализе положительного опыта и имеющихся ошибок с тем, чтобы их принять и двигаться дальше, развивая эффективные ответные меры продолжающейся эпидемии.

Роль консультирования и психологической помощи подчеркиваются в рамках оптимизации скрининга населения в целом на ВИЧ-инфекцию [6], организации социальной поддержки представителям групп риска [29, 46], а также при расширении мер по вторичной профилактике, направленных на снижение рискованного поведения среди ЛЖВ [15].

Практика работы с ВИЧ-инфицированными пациентами в процессе их наблюдения в специализированном учреждении здравоохранения — Центре СПИД свидетельствует о том, что проведенное когда-то тестирование на ВИЧ-инфекцию без должного консультирования может иметь негативные последствия для здоровья и поведения человека, страдающего социально значимым инфекционным заболеванием. ВИЧ-инфицированные больные, не достаточно осведомленные о своем заболевании, не вовлечен-

ные в диспансерное наблюдение, а также не получающие должного лечения, страдают сами и продолжают передавать инфекцию окружающим.

Необходимо усиливать роль консультирования перед обследованием на ВИЧ-инфекцию, искать новые подходы для повышения его эффективности.

Добровольность тестирования на ВИЧ-инфекцию означает не только самостоятельный визит в медицинское учреждение или пункт сдачи крови с целью обследования, но в первую очередь — выражение осознанного личного согласия установить свой серологический ВИЧ-статус в определенный момент времени. Если даже обследование крови инициировано врачом (перед оперативным вмешательством, при сохранении беременности и в др. случаях), находящийся в сознании пациент должен получить необходимые разъяснения в пользу медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию, возможных рисках, информацию о последствиях тестирования или отсрочки обследования и только тогда дать согласие на тестирование (письменное или устное).

В большинстве случаев люди надеются, что они ВИЧ-серонегативные, но для них важно в этом удостовериться. Даже если подтверждение ВИЧ-статуса требует партнер, извещение о результатах тестирования обследуемый получает лично. И в дальнейшем по собственной воле он может раскрыть кому-либо свой ВИЧ-статус. Многие люди для принятия решения о добровольном тестировании на ВИЧ, раскрытии своего диагноза партнеру или другому близкому человеку нуждаются в психологической помощи.

Анонимное тестирование (когда не регистрируются имя и фамилия обследуемого) имеет много преимуществ, так как оно доступно, не требует удостоверения личности и медицинской страховки, гарантирует полную конфиденциальность. Недостатком анонимного тестирования является то, что его качество и эффективность трудно отслеживать и оценивать.

Чаще всего решение пройти обследование на ВИЧ-инфекцию чем-то обусловлено:

- ситуацией (травма, операция, планирование семьи, беременность, случайный сексуальный контакт),
- внутренними переживаниями (тревога в связи с изменением самочувствия, страх),
- межличностными отношениями (например, желанием определенности в ВИЧ-статусе своего партнера или предположением о наличии

других сексуальных контактов у своего партнера, «ревизией» здоровья после утраченных отношений).

Сами эти факторы указывают на необходимость повышенной готовности персонала, ответственного за тестирование, своевременно оказывать психосоциальную и подчас — кризисную помощь.

Данные рекомендации не является «обновлением» ранее написанных и широко распространенных руководств по ПКТ. Они рассчитаны на практикующих специалистов, которые изучили уже имеющиеся руководства, владеют техникой консультирования при ВИЧ-тестировании. Нам хотелось бы обратить внимание на те возможности ПКТ, которые видны посредством работы над ошибками в практике оказания помощи больным с ВИЧ-инфекцией, в том числе в случаях позднего ее выявления.

Мы искренне верим, что многие осложнения, сопутствующие хроническому состоянию, каким является заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита, могут быть предотвращены. Больной должен понять, что в изменении своего образа жизни при хроническом заболевании ему отводится центральная роль. Но вдохновить к этим изменениям его может только тот специалист, который сам верит в прогресс медицины и в полной мере обладает необходимыми аргументами и привержен делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

## ГЛАВА 1. ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Ставшие уже традиционными уровни профилактических мероприятий — первичная, вторичная и третичная профилактика — появились в 1957 году в сфере общественного здравоохранения в отношении хронических заболеваний.

Первичная профилактика снижает частоту возникновения расстройств. Вторичная профилактика заботится о раннем выявлении патологии и облегчает течение уже возникших расстройств. Третичная профилактика (реабилитация) снижает ущерб от заболевания и предотвращает рецидивы [41].

С учетом того, что первоначальная классификация создавалась в отношении соматических болезней, Гордон (Gordon, 1983, 1987) предложил для описания профилактики психических расстройств три типа превентивных вмешательств: *универсальные, селективные и показанные*.

Приверженцы обеих классификаций признают, что все профилактические мероприятия имеют медицинский, психологический и социальный компоненты.

В профилактике важны такие термины как частотность и распространенность расстройств.

*Частотность* — частота новых случаев заболевания в определенной популяции за определенный период времени (чаще всего — 1 год).

*Распространенность* — общее число заболевших в популяции независимо от того возникло ли заболевание впервые или нет, за данный период времени (например, в течение 1 года).

Программы универсальной профилактики охватывают всех членов данной популяции, независимо от риска развития у них конкретной болезни, нарушения или расстройства. Этот тип профилактики похож на первичную, так как в случае успеха эти программы снижают частотность, или число новых больных в этой популяции.

Пример программы универсальной профилактики: *прививка всех детей, поступающих в начальную школу от множества инфекционных болезней*.

Селективные профилактические программы созданы для тех групп людей, которые могут подвергаться большему риску развития расстройства или сопутствующего набора проблем, чем представители общей по-

пуляции. Они сводят на нет влияние факторов риска и наращивают влияние защитных факторов.

Пример: *защита ВИЧ-отрицательного партнера в дискордантных парах посредством приема ВААРТ ВИЧ-положительным партнером.*

«Все клинические вмешательства должны содержать в себе какой-то профилактический элемент» (Н. Сандберг, А. Уайнберг), поэтому показанную профилактику трудно отличить от клинического вмешательства и реабилитации. Она показана для тех, кто испытывает трудности или аномалии, которые подвергают людей высокому риску рецидивов или усугубления расстройства по ходу развития заболевания. Это меры для восстановления или лучшего восстановления той или иной функции.

Пример: *ВИЧ-инфицированным женщинам, получающим препарат Стокрин в составе схемы ВААРТ, при планировании беременности рекомендуют сменить схему лечения, исключив Стокрин, предупреждая о возможном тератогенном действии препарата на плод.*

Профилактические вмешательства для ВИЧ-инфицированных людей не только облегчают бремя болезни, но и помогают снизить уровень дистресса, предупредить или смягчить когнитивные, эмоциональные и поведенческие нарушения в будущем.

Вирус передается при контакте с физиологическими жидкостями, в основном через кровь, сперму, вагинальный секрет или грудное молоко.

Наиболее распространенные пути передачи:

- незащищенный половой акт с инфицированным лицом,
- общее пользование нестерильными иглами среди инъекционных наркопотребителей,
- передача вируса от матери ребенку,
- переливание инфицированной крови и случайные контакты с инфицированными субстанциями.

Почти все пути передачи ВИЧ-инфекции имеют выраженные поведенческие составляющие, а потому должны поддаваться психологическому вмешательству (Н. Сандберг, А. Уайнберг). Основная цель профилактики средствами ВИЧ-медицины и психологии — снизить факторы риска и укрепить факторы защиты. Даже используя фармакологические препараты, предотвращающие заражение, сохраняются многие поведенческие аспекты для профилактических программ.

В течение последних 20–25 лет, как в терапии ВИЧ-инфекции, так и профилактике отмечается большой прогресс. В начале эпидемии ВИЧ-инфекции и по сей день среди методов профилактики на переднем плане остаются безопасный секс и стратегия снижения вреда. Между тем наука сделала несколько шагов вперед. Хотя профилактические вмешательства, основанные на анализе поведения, как и прежде, остаются важными, но уже очевидно, что не достаточными, чтобы остановить эпидемию ВИЧ-инфекции. Поэтому биомедицинские методы профилактики имеют большое значение. Эмпирические исследования доказали эффективность таких методов профилактики ВИЧ, как обрезание у гетеросексуальных мужчин, применение микробицидов, прием ВААРТ в качестве пост- и прекоконтактной профилактики. Таким образом, можно заключить, что репертуар профилактических методов расширяется [58].

### **1.1. Вакцинация — «Святой Грааль» профилактики ВИЧ-инфекции**

Исходя из опыта борьбы с другими инфекционными заболеваниями, первоначально полагали, что разработка вакцины против ВИЧ займет меньше года. После первых неудач эксперты говорят об этом реже, а их прогнозы стали осторожнее. Между тем, есть известные иммунологи, которые открыто признают, что полная ясность в том, будет ли вообще когда-нибудь возможна прививка против ВИЧ, наступит нескоро.

Тем не менее, исследования эффективности вакцин против ВИЧ, начавшись при государственном финансировании во многих странах, в том числе, и России «застряли» на стадиях проверки безопасности наряду с другими многими профилактическими мероприятиями. В этот конфликт между надеждой и терпением в отношении ожидания вакцины, с одной стороны, и опасениями в целесообразности инвестиций, с другой стороны, вмешались в конце 2009 года готовые результаты исследования RB-144. Проблемой «обнадеживающих» результатов исследования является то, что статистика довольно легко «выбивалась из строя»: из трех различных оценок лишь одна оказалась статистически значимая. Если в исследовании найден минимальный защитный эффект (среди 8197 прошедших вакцинацию 51 инфицировались, среди 8198 не привитых — 74 инфицировались; это похоже на снижение относительного риска развития рака в 31% случаев), тогда есть шанс, что это как-то связано с вакцинацией, но с минимальным эффектом. Так как надеяться на появление

действительно эффективной и практически применимой вакцины против ВИЧ в обозримом будущем не приходится, она не представляется реальным путем для профилактики. Тому, кто интересуется подробной критикой данного исследования, рекомендуем Эпидемиологический Бюллетень 48/2009 Роберта Коха ([www.rki.de](http://www.rki.de)).

### **1.2. Микробициды — больше, чем просто смазка**

Микробициды — это вещества, которые могут снизить риск передачи ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем, при местном применении во влагалище или прямой кишке. Микробициды могут выпускаться в виде геля, пены, крема, губки или вагинального кольца.

Идея микробицидов так же до гениальности проста: смазки, которые используются при вагинальном или анальном контакте, могут одновременно содержать вещества, которые могут обезвредить ВИЧ, а также другие возбудители инфекционных заболеваний. Поскольку микробициды вводятся женщиной до, а иногда и после секса, без присутствия мужчины, они могут позволить женщинам полностью контролировать процесс профилактики.

Все до сих пор исследуемые вещества, хотя и показали свою эффективность в исследованиях, но, к сожалению, могли повреждать чувствительную слизистую оболочку на участках тела, с которыми соприкасались. Это привело к тому, что вероятность инфицирования ВИЧ-инфекцией путем применения этих средств в некоторых исследованиях даже увеличилась, так как они влияли на барьерные функции слизистой оболочки. Основываясь на этих выводах, в настоящее время применяются новые микробициды, которые представляют меньшую угрозу для слизистой.

В результате трехлетнего исследования NPTN 035 были испытаны два вещества «Buffergel» и «PRO2000», которые сравнивались с плацебо-гелем (т.е., только смазочный материал), а также с испытанием «секс без геля». Оба эти вещества не имеют конкретного действия против ВИЧ, но по-разному изменяют кислотное соотношение в вагинальной среде, что усложняет процесс «усвоения» ВИЧ-инфекции. Это исследование было проведено с февраля 2005 года по сентябрь 2008 года, как в Африке, так и в США. Среди 3099 изначально ВИЧ-отрицательных женщин заразились ВИЧ за период исследования 194. Из них 36 входили в «PRO2000-группу», 54 — в «Buffergel-группу», 51 — в группу «Плацебо-гель» и 53 —

в группу, использующих гель. Это означает, что «PRO2000» по сравнению с сексом без геля снизил риск инфицирования ВИЧ на 30%. Особенно заметным был эффект у студенток, которые редко используют презервативы и часто применяют гель. Оба тестируемых вещества хорошо переносились. Тем не менее, результат не был статистически значимым (для этого требовалось снижение риска на 33%).

Результат второго большого исследования (MDP 301) микробицида «PRO2000» был получен в середине декабря 2009 г. В этом исследовании участвовало более 9400 женщин из Южной Африки, Танзании, Уганды и Замбии, и результат показал, что «PRO2000» не имеет защитного эффекта по сравнению с плацебо.

Таким образом, после многих лет исследования микробицидов еще нет ясности, будет ли в принципе возможно предотвратить с их помощью инфицирование ВИЧ, так как до сих пор не удалось доказать их защитное действие. Теперь исследуются так называемое второе поколение микробицидов, которые в малых дозах содержат препараты против ВИЧ. Прежде чем такие вещества смогут использоваться, предстоит провести еще много научно-исследовательской и опытно-конструкторской работы. Некоторые исследователи и активисты требуют, чтобы использование подобных гелей рассматривалось для анального секса, так как эта часть до сих пор непростительно пренебрегается, хотя через анальный секс инфекция распространяется не только среди MSM (мужчин, имеющих секс с мужчинами), но и среди гетеросексуалов.

### **1.3. Обрезание — меньше крайней плоти, больше защиты**

Крайняя плоть содержит много клеток иммунной системы, которые особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции. Обрезание крайней плоти уменьшает риск инфицирования для гетеросексуальных мужчин, но он остается, поскольку крайняя плоть не может быть удалена полностью и, вероятность инфицирования сохраняется через клетки в мочеиспускательном канале. Одно из исследований эффективности обрезания как метода профилактики ВИЧ вопроса было выполнено в Африке при участии гетеросексуальных пар. Оказалось, что обрезанные мужчины примерно на 60% меньше были подвергнуты риску инфицирования ВИЧ.

Обрезание снижает риск заражения герпесом, однако, не влияет на сифилис. На основе этих данных ВОЗ рекомендует обрезание прежде все-



го там, где отмечается частая гетеросексуальная передача ВИЧ-инфекции, а само обрезание не распространено.

Вопрос, является ли обрезание у мужчины также уменьшением риска заражения ВИЧ для женщины, наукой пока не доказано. Но можно предположить, что риск передачи не снижается, поскольку ключевой риск для женщины в передаче ВИЧ исходит от спермы. Открытым остается также вопрос о том, как влияет обрезание на риски заражения для мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, при анальном сексе.

Оценка обрезания, как профилактического метода для MSM и гетеросексуальных мужчин может быть разной. У гетеросексуальных мужчин возможно снижение риска инфицирования ВИЧ для обрезанных мужчин на 60% по сравнению с необрезанными. У MSM, вероятно, проникающие обрезанные партнеры имеют меньший риск инфицирования, чем необрезанные. Риск у принимающего партнера через обрезание проникающего партнера не изменяется. Но, поскольку большинство MSM осуществляют обе роли, то при анальном сексе остается в целом более высокий риск заражения, который через обрезание, вероятно, изменяется незначительно.

#### **1.4. ПКП – постконтактная профилактика**

Концепция постконтактной профилактики (ПКП) существует столько, сколько лекарства против ВИЧ-инфекции. Антиретровирусные препараты против ВИЧ принимаются в течение одного ограниченного периода времени, то есть как можно раньше, и, как максимум, до 72 часов после предполагаемого проникновения инфекции. Проверить, можно ли таким образом предотвратить инфицирование ВИЧ, из этических соображений невозможно, так как это нельзя проверить клиническими исследованиями. Поэтому до сих пор есть только единичные сообщения, которые позволяют все-таки судить, что ПКП, по крайней мере, в некоторых случаях, может быть эффективной. В рамках Европейского Конгресса по СПИДу в США в конце 2009 года, опубликованы новые линии терапии, две из которых рекомендованы для ПКП.

В Европейских руководствах по ВИЧ/СПИДу ПКП рекомендуется:

— при контакте с кровью: если, например, через полую иглу под кожу, в мышечную ткань или в кровеносные сосуды медицинский работник получил кровь, выделенную ВИЧ-положительным лицом (т.е. тем,

у кого брали кровь) или лицом, у которого есть факторы риска передачи ВИЧ-инфекции;

— при внутривенным употреблением наркотиков: если шприцы, иглы или материалы приготовления использовались совместно в группе, где одним из пользователей был ВИЧ-положительный человек;

— при половом контакте (со спермой, вагинальной жидкостью, анальным секретом): после анального или вагинального секса, если сексуальный партнер имеет ВИЧ-положительный статус или при неясном статусе у него/нее есть факторы риска, что он или она могут быть ВИЧ-положительными; кроме того, после принимающего орального секса, если сексуальный партнер уверен в том, что он ВИЧ-положительный.

Нет никаких данных, насколько длительным должно быть лечение. Многие бросают быстро из-за побочных эффектов. В скольких случаях не смогли прибегнуть к ПКП и не инфицировались, к сожалению, невозможно увидеть. ПКП, как правило, требуется в случае отсутствия быстрого доступа к медицинской помощи, а именно — вечером, в ночное время или в выходные дни.

### **1.5. ПреКП — химический презерватив**

Опыт постконтактной профилактики подтолкнул специалистов к идее использования препаратов против ВИЧ от возможного инфицирования. Передачу ВИЧ-инфекции надежней было бы предотвратить приемом препаратов до события, угрожающего инфицированием — отсюда и термин «преконтактная профилактика» (ПреКП).

По поводу этого вида профилактики развернулась дискуссия, поскольку смешались 2 концепции:

1) ВААРТ как профилактика — вид долгосрочной профилактики, препараты принимаются постоянно и независимо от того, было ли событие, связанное с инфицированием, или нет;

2) Эпизодическая преконтактная профилактика появилась относительно недавно и подразумевает прием препаратов перед событием, связанным с инфицированием, с последующим перерывом в интервале между этими событиями. Также в некоторых исследованиях препарат принимался до и после случаев, несущих угрозу риска инфицирования.

Эти два понятия должны быть четко разведены. Потому что в первом случае речь идет о долгосрочной перспективе для неинфицированных людей, которые должны принимать дорогостоящие, сильнодействующие препараты, применяющиеся для лечения и имеющие нежелательные действия на организм человека. Для реализации этой концепции в каждом отдельном случае необходимо взвешивать баланс эффективности с учетом прямых рисков и преимуществ.

При втором варианте нет очень строгих критериев, так как лекарства используются только «при необходимости», так что к ним прибегают относительно редко. ПреКП используют как «подушку безопасности», если, например, лопнул презерватив, забыли его использовать или просто не используют. Следовательно, ПреКП таит в себе меньше медикаментозных рисков, но требует от пользователей более сложного планирования. Эксперименты показали, что при использовании одного антиретровирусного препарата риск заражения снижается, но не обеспечивает действительно надежной защиты. Поэтому теперь изучается эффективность комбинации из двух препаратов. Эти препараты имеют относительно длительное действие и достаточную концентрацию в генитальном секрете. Но даже при благоприятном исходе исследований останется много вопросов:

- как долго можно использовать препараты?
- кто должен нести расходы по препаратам?
- как быстро возникает резистентность вируса к лекарствам, используемым в качестве ПреКП?
- как влияет ПреКП, если зачать ребенка?
- как действует ПреКП, если есть факторы усиливающие инфицирование (высокая вирусная нагрузка у сексуального партнера) и, если в игру вступают другие сексуально передаваемые инфекции?

Проблема ВИЧ-инфекции и борьбы с ней — это ящик Пандоры: решая одну проблему, появляется множество других.

### **1.6. Предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку**

Изначально для предотвращения передачи ВИЧ от инфицированной матери своему ребенку было только два правила: кесарево сечение и отказ от грудного вскармливания. При беременности без осложнений ВИЧ, как правило, в утробе матери не передается. Этим он отличается от других инфекций, например, от краснухи, вирусы которой преодолевают

плацентарный барьер. Реальная угроза инфицирования ребенка ВИЧ-инфекцией существует при родах. Однако даже если ребенок благополучно родился, инфекция без профилактических мер может передаваться в 25–30% случаев.

К применению ВААРТ для беременных сначала подходили очень сдержанно. Поводом для этого служили теоретические обоснования и экспериментальные данные, вызывающие опасения в тератогенном действии препаратов против ВИЧ. К счастью, эти опасения до сих пор не подтвердились, и большинство препаратов хорошо переносятся беременными и по сей день. Многие врачи с опытом лечения пришли к тому, что нет необходимости делать кесарево сечение, если у матери в последнем триместре беременности, и особенно во время родов, вирусная нагрузка ниже предела обнаружения. Даже если ВИЧ-инфекция у женщины была выявлена в период родов, введение противовирусного препарата роженице снижает риск инфицирования ребенка. После рождения ребенку дают сироп Ретровира в течение 1–4 недель.

В развитых странах отказ от грудного вскармливания — не такая уж большая проблема, потому что доступны заменители грудного молока. В развивающихся странах, где невозможно отказаться от грудного вскармливания, риск передачи инфекции уменьшается, если мать принимает антиретровирусные препараты.

### **1.7. Служба психосоциального консультирования при тестировании на ВИЧ**

Как в начале эпидемии ВИЧ-инфекции, так и по сей день среди методов профилактики на переднем плане остаются защищенный секс и стратегия снижения вреда.

Риск и рискованное поведение является предметом изучения в психологии здоровья. Риск — сочетание вероятности и возникновения негативных последствий для здоровья в результате использования тех или иных поведенческих практик, а рискованным поведением принято считать поведение, которое может приводить к негативным последствиям для здоровья. Важное значение для изменения поведения имеют индивидуальное восприятие и осознание риска. Риск носит вероятностный характер, что обуславливает сложность профилактики.

Факторы риска заражения ВИЧ-инфекцией, связанные с сексуальным поведением, включают:

— *свойства вируса*: чем выше концентрация вируса в крови (вирусная нагрузка), тем выше риск передачи ВИЧ (любым путем)?. На стадии острой ВИЧ-инфекции риск передачи ВИЧ наиболее высокий.

— *свойства организма*: состояние иммунной системы, наличие заболеваний, нарушения влагалищной флоры, менструация; воспалительные процессы, включая ЗППП; генетическая (врожденная) невосприимчивость к ВИЧ (CCR5).

— *вероятность контакта*: вероятность рискованного контакта зависит от распространенности ВИЧ в популяции, наличие ВИЧ-инфицированного партнера, совместного употребления инъекционных наркотиков, количества сексуальных партнеров.

— *характер контакта*: травматичность, длительность контакта, неиспользование презерватива — факторы, обуславливающие риски; чем длительнее незащищенный сексуальный контакт, тем риск заражения выше, принимая во внимание то, что анальный — наиболее рискованный, а оральный — наименее рискованный контакт.

На рис. 1 представлена иерархия сексуальных контактов по степени риска, который снижается от наиболее высокого при проникающем анальном сексе к полному воздержанию от сексуальных отношений.

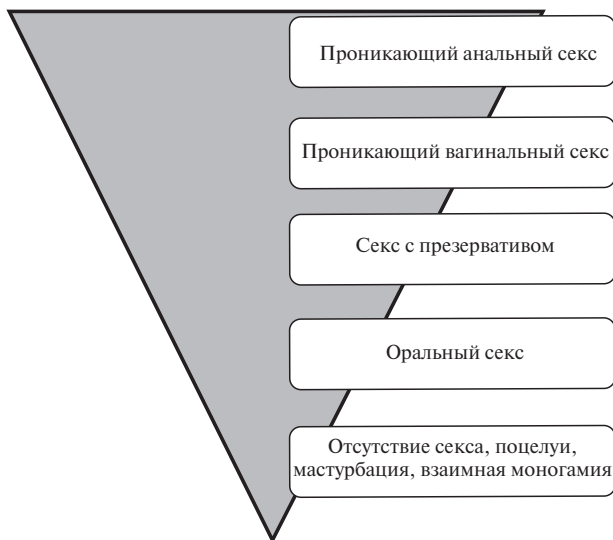
Стратегии снижения поведенческого риска или стратегии снижения вреда (СВ) наиболее успешно применяются в работе с потребителями инъекционных наркотиков. Эти стратегии предполагают определенный комплекс медико-профилактических мер, которые направлены на предотвращение передачи ВИЧ и других инфекций при совместном использовании нестерильного инъекционного инструментария и растворов наркотика.

*Снижение вреда* — принцип сохранения здоровья каждого члена человеческого общества, нацеленный не на запрещение вредного для здоровья поведения, а на уменьшение вредных последствий.

Иерархия рисков заражения ВИЧ путем инъекционного наркопотребления представлена на рис. 2.

К мерам по снижению вреда для наркопотребителей относятся:

- обмен шприцев и игл, раздача презервативов;
- выдача инъекционного оборудования через специальные автоматы;
- обучение санитарно-гигиеническим правилам (промывание шприцев);

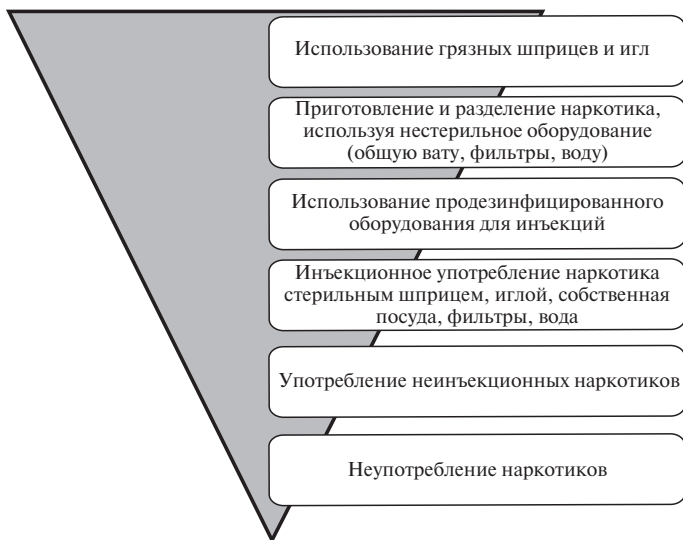


**Рис. 1** Снижение сексуального риска заражения ВИЧ (сверху вниз)

- лечение наркозависимости (в том числе, заместительная терапия);
- аутрич работа (социальная работа в маргинальных сообществах)?;
- обучение в «школах пациентов» (информирование о рисках, мотивационное интервьюирование, эмоциональная поддержка, обучение навыкам)?.

Эффективность программ профилактического вмешательства зависит от многих факторов, изучение которых актуально до настоящего времени. Снижение вреда как стратегия эффективна тогда, когда реализуется комплексно и является частью комплексной политики противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа. Эффективность зависит от культурных, экономических, социальных и других факторов, поэтому профилактические программы в разных странах порой невозможно сравнить. Эффективность того или иного профилактического вмешательства должно иметь научное и этическое обоснование.

Проблемы ВИЧ/СПИДа невозможно решить в рамках какого-то одного подхода (медицинского, правоохранительного и др.). Необходима интеграция и взаимодействие специалистов. Передача ВИЧ происходит в контексте межличностных отношений и связано с поведением людей,



**Рис. 2** Снижение риска инфицирования через употребление наркотиков

поэтому ведущую роль в детерминации риска и изменения поведения играют психологические феномены: установки, мотивы и поведенческие навыки [45].

*Службы ПКТ* — это «скорая психологическая помощь», способствующая снижению стресса и адаптации личности к выбранному защитному поведению.

Получение положительного ВИЧ-статуса является переходной, адаптивной ситуацией, то есть открытой для вмешательства. Психологическая адаптация к диагнозу ВИЧ-инфекция — это сложный процесс осознания ценности своей жизни и здоровья, изучение и понимание своей болезни и способов борьбы с ней, готовность начать и не прекращать лечебный процесс с ежедневным приемом лекарственных препаратов, сопротивляться регрессу и принимать ограничения, связанные с ухудшением состояния здоровья.

ПКТ облегчает переход к «новой реальности».

*ПКТ* — признанная профилактическая мера, однако, по мнению некоторых экспертов, как любое индивидуально-сфокусированное вмешательство, имеет свои ограничения (Latkin & Knowlton, 2000), объяснимые тем что:

- не влияет на социальные структуры и групповые нормы, которые поддерживают поведение
- не доходит в положенный срок до достаточно большого числа людей
- психологическое состояние человека при реализации рискованного поведения может сильно отличаться от его состояния в условиях консультирования (в том числе, в клинических условиях)

Однако если рассматривать консультирование при тестировании на ВИЧ с точки зрения отдаленного эффекта (во временном аспекте), то ПКТ индивидуума — кирпич, встроенный в общее здание профилактики. «...Социальный адаптационный процесс носит несинхронный, разноуровневый характер. Быстрее всего адаптируется отдельная личность, затем малая группа, наиболее же инерционным в приспособительном плане является общество в целом» [38]. Чем шире будет охват населения консультированием по вопросам ВИЧ, тем быстрее изменения затронут не только отдельных личностей, но всю популяцию в целом.

В своем развитии профилактические программы должны проходить проверку в рамках научных исследований, в том числе, клинических испытаниях эффективности: «Точно также как эффективные клиницисты позволяют научной литературе направлять свои терапевтические вмешательства, так и профилактически ориентированные профессионалы должны пытаться как можно больше использовать эмпирически охарактеризованные и валидизированные технологии» (Н. Сандберг и соавт., 2007 г.).



## **ГЛАВА 2. РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Научные исследования и эксперименты являются основным источником стремительного прогресса ВИЧ-медицины. Многочисленные исследования позволяют совершенствовать систему доступа, помощи и поддержки на всех этапах оказания услуг по ВИЧ-инфекции, совершенствуя как специфические медицинские подходы и методы, так и вовлекая самих пациентов ответственно участвовать в процессе лечения. Обзор международного опыта о роли ДКТ, как профилактического вмешательства, направленного на снижение распространения ВИЧ-инфекции, дает представление о разнообразии форм и мероприятий, которые могут быть включены в процедуру ДКТ, учитывая средовые, эпидемические, поведенческие особенности определенного региона, и позволяют при внедрении практики ДКТ выбирать и сочетать наиболее оптимальные и эффективные подходы с учетом конкретных задач и возможностей.

Систематический обзор исследований по оценке эффективности ДКТ в странах с низкими и средними ресурсами проводился путем оценки изменения рискованного поведения после прохождения ДКТ. В обзор вошли 17 исследований, включивших различные стратегии и модели проведения консультирования и тестирования на ВИЧ: ДКТ на базе медицинского учреждения (12 исследований), ДКТ на рабочем месте (3 исследования), ДКТ на дому и мобильное ДКТ. В результате мета-анализа были получены следующие данные: клиенты, которые прошли ДКТ, отмечают значительно чаще уменьшение числа сексуальных партнеров по сравнению с теми, кто его не проходил, и особенно те, кто получил ВИЧ+ результат; поведение, связанное с использованием презерватива, особенно не изменилось в общей группе, прошедших ДКТ, однако значимые изменения были отмечены в группе людей, получивших ВИЧ+ результат теста. Следовательно, ДКТ, независимо от места проведения, может изменить рискованное сексуальное поведение в сторону снижения поведенческого риска [54].

Когортное исследование, проведенное в Зимбабве, по оценке влияния ДКТ на последующее поведение, выявило лишь поведенческие измене-

ния у женщин, а именно снижение числа новых сексуальных партнеров, особенно у женщин, получивших ВИЧ+ результат теста. В то время, как у мужчин значимых поведенческих изменений не наблюдалось. Также исследователи не выявили у клиентов ДКТ увеличения частоты постоянного использования презерватива, как с постоянными, так и со случайными партнерами [52].

ДКТ, проводимое на дому, было реализовано в сельской местности в Уганде в 2007–2008 годах с целью повышения охвата людей консультированием и тестированием на ВИЧ-инфекцию. Оценкой эффективности такого метода послужил анализ сравнения рискованного поведения по самоотчету среди клиентов, прошедших ДКТ в условиях медицинского учреждения (500 человек) и клиентов, прошедших процедуру ДКТ в домашних условиях (494 человека). Так, клиенты, получившие услуги по ДКТ на базе учреждения, чаще отметили, что воздерживались от сексуальных контактов, более часто использовали презерватив, скорее имели более одного сексуального партнера, а также реже открывали свой ВИЧ-статус партнеру. В то время как клиенты, прошедшие процедуру ДКТ на дому, отметили более частое соблюдение верности партнеру и раскрытие результата анализа на ВИЧ партнеру. Таким образом, исследователи делают вывод о том, что обе модели ДКТ должны реализовываться, не заменяя, но дополняя друг друга [62].

Женщины, которые испытывают насилие со стороны постоянного партнера, находятся в ситуации высокого риска заражения ВИЧ. Как правило, они обращаются за медицинской помощью только после того, как события достигают актуального кризиса. Ситуация ДКТ может быть идеальным местом для скрининга насилия со стороны постоянного партнера среди женщин с целью того, чтобы повысить информированность женщин об актуальных рисках заражения и как себя защитить в ситуациях насилия. Качественное исследование в Йоханесбурге продемонстрировало тот факт, что женщины открыты обсуждению ситуаций насилия в условиях ДКТ. Многие из них осознают, что имеют риски заразиться ВИЧ от своего партнера, однако чувствуют себя беспомощными в ситуациях, в которых надо настоять на использовании презерватива с партнером, не знают, как заставить его пройти обследование на ВИЧ, не умеют обсуждать вопросы неверности партнера. Полученные данные говорят

о том, что в условиях ДКТ, помимо вопросов о факте насилия, консультанты должны иметь подготовку, чтобы обсуждать вопросы гендерного неравенства, обучить женщин навыкам более безопасного поведения, поддержать их право на здоровье [53].

Проспективное исследование среди ВИЧ-отрицательных клиентов, обратившихся за услугами ДКТ, изучило, влияет ли повторное прохождение ДКТ на рискованное сексуальное поведение и выявляемость ВИЧ-инфекции. Исследователями были найдены следующие различия: люди, повторно проходящие ДКТ, по сравнению с теми, кто проходит ДКТ впервые, чаще отмечают непостоянное использование презерватива, а также чаще имеют 2-х и более партнеров. Доля случаев ВИЧ-положительного результата теста не показала значимых отличий — 1.4/100 человеко-лет в группе повторного ДКТ и 1.6/100 человеко-лет в группе первичного ДКТ. В результате полученных данных можно сделать вывод, что есть необходимость более интенсивного консультирования по снижению риска ВИЧ-инфекции среди повторно обратившихся за услугами ДКТ, как группе особого риска [57].

«ВИЧ-отрицательные» партнеры из дискордантных пар находятся в ситуации высокого риска и достаточно часто обращаются за услугами ДКТ. Исследователи, проводившие фокус-группы с участием 32 женщин и 35 мужчин из дискордантных пар в Уганде, обнаружили ряд неправильных представлений о «дискордантности», которые поддерживают отрицание риска для «ВИЧ-негативного» партнера и тем самым увеличивают потенциальный риск заражения. Заблуждения заключались в следующих объяснениях: идея о том, что у «ВИЧ-отрицательного» партнера уже произошло заражение, однако это скрытая инфекция, неопределяемая тестом ИФА; вера в сильный иммунитет у «ВИЧ-негативного» партнера; убеждение, что «аккуратный секс» предотвращает передачу ВИЧ партнеру; вера в то, что «высшие силы» защищают от заражения. Также партнеры из дискордантных пар отметили, что обсуждение сексуальных отношений является сложной темой. Исследователи предлагают следующие стратегии снижения поведенческих рисков в ВИЧ-дискордантных парах: использование презерватива; воздержание от сексуальных контактов; разделение кроватей; соглашение о внешних сексуальных партнерах; прекращение отношений [50].

Есть люди, которые находятся в ситуации более высокого риска и в то же время испытывают трудности при обращении за профессиональной медицинской помощью, такие как подростки, мигранты. В условиях большого потока пациентов и нехватки персонала в некоторых службах бывает сложно уделить индивидуальное внимание каждому обратившемуся. В рамках рандомизированного когортного исследования [51] была проведена оценка эффективности использования 15-минутного образовательного видео-ролика для клиентов, обратившихся за услугами ДКТ на ВИЧ в условиях амбулаторной медицинской службы в Нью-Йорке, США. Сравнение проводилось в экспериментальной группе (61 человек), просмотревшей видео в период ожидания результата быстрого теста на ВИЧ и в контрольной группе (67 человек), получивших послетестовую консультацию специалиста. Так, при оценке «после» знания о ВИЧ были выше в экспериментальной группе (76,2% против 69,3%), что позволило исследователям прийти к выводу, что использование образовательного видеоматериала в условиях быстрого теста на ВИЧ, занимающего 20 минут, также эффективно, как и беседа с ВИЧ-консультантом и может быть использовано в амбулаторной службе [51].

ДКТ относится к ключевым мероприятиям по профилактике распространения ВИЧ-инфекции, поэтому актуален интерес к новым стратегиям ДКТ с целью увеличения охвата населения тестированием на ВИЧ. Каковы же экономические затраты и эффективность различных стратегий ДКТ — этот вопрос поставили исследователи в ретроспективном когортном исследовании, которое включило 84 323 человека, прошедших процедуру ДКТ в Уганде. Стратегия консультирования и тестирования семьи на дому и ДКТ «от двери к двери» продемонстрировали наибольший охват тестированием на ВИЧ людей, прежде не тестируемых (более 90% от общего числа). Тестирование на базе медицинского учреждения показало наибольший процент выявления ВИЧ (27%), как и «автономное» ДКТ (19%). Среди клиентов ДКТ на дому был выявлен наибольший процент дискордантных пар, хотя и этот процент составил небольшую часть от общего выявления (менее 4%). Стоимость процедуры ДКТ на одного клиента составила (на 2007 год в долларах США): \$19,26 при «автономном» ДКТ \$11,68 при ДКТ на базе медицинского учреждения, \$13,85 при тестировании на дому семьи и \$8,29 при проведении ДКТ «от

двери к двери». Таким образом, ДКТ на базе учреждения скорее выявляет «ВИЧ-положительных» людей, которым требуется ВААРТ, в то время как стратегии «на дому» более эффективны в достижении людей, никогда не сдававших анализ на ВИЧ и «ВИЧ-положительных» людей с высокими иммунными показателями. Разнообразные стратегии ДКТ, имеющие различную стоимость и эффективность, могут быть использованы для достижения универсальных задач в профилактике ВИЧ [59].

Таким образом, множественные исследования доказывают, что ДКТ является эффективной стратегией профилактики ВИЧ-инфекции, которая ведет к снижению рискованного поведения, а также является «воротами» в систему помощи, открывая доступ к дополнительной специализированной диагностике, жизнесберегающему лечению и системе поддержки для людей, живущих с ВИЧ. Принимая во внимание все многообразие социо-культурных и экономических условий, требуются дополнительные исследования в конкретных условиях для поиска наиболее оптимальных и продуктивных стратегий ДКТ в целях наибольшего охвата населения консультированием и тестированием на ВИЧ-инфекцию и своевременного выявления новых случаев ВИЧ-инфекции, предотвращая распространение эпидемии.

### **ГЛАВА 3. БАЗОВЫЕ ПОНЯТИЯ И ЭТАПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ НА ВИЧ/ИППП**

*Цель ПКТ* — дать людям возможность узнать и понять свой ВИЧ-статус.

При отрицательном результате консультирование помогает принять решение о сексуальном или другом рискованном поведении для того, чтобы не заразиться в будущем. При положительном результате помощь направлена на достижение понимания того, куда обратиться за помощью и поддержкой, как справиться с переживаниями, можно ли планировать будущее для себя и близких, воспрепятствовать передаче ВИЧ сексуальным партнерам.

Консультирование — это:

- больше, чем просто советы;
- общение с целью помочь (обычно это беседа «один на один», ориентированная на потребности пациента);
- укрепление у пациента уверенности в своих силах, чтобы он не только приобрел новые знания, но и принял решение применять их.

Консультирование позволяет пациенту узнать, что можно сделать в его ситуации, но не вынуждает его соглашаться с предложенным решением.

Консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД представляет собой конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом, который даст возможность обратившемуся преодолеть стресс, а также принять решение относительно ВИЧ-инфекции (определение глобальной программы ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом).

Рекомендации начинающим консультантам:

1. Сначала следует представиться друг другу. Общение должно быть искренним и непредубежденным, по возможности сопереживающим. Учитывайте возраст, уровень образования, принадлежность к определенной культуре.
2. Выделите для беседы достаточно времени; предоставьте пациенту возможность рассказать и задать вопросы обо всем, что его тревожит.
3. Задавайте открытые вопросы. Такие вопросы обычно начинаются со слов «кто», «что», «как» и «когда». Они поощряют пациента говорить, полнее высказаться и позволяют узнать больше сведений за отведенное для беседы время. Противоположностью являются закрытые вопросы.

На эти вопросы можно дать однозначный ответ «да» или «нет», они не побуждают к высказыванию и дают мало информации.

4. Ограничьте информацию самым важным. Чтобы предоставить наиболее важную информацию, нужно внимательно слушать собеседника, думать о его ситуации и решать, какая информация будет наиболее полезной для него в данный момент.
5. Старайтесь ограничить объем информации для пациента двумя-тремя темами, иначе он просто не сможет ее усвоить. Если пациент устал, плохо себя чувствует или подавлен, он может не справиться с обилием информации.
6. Говорите простым языком, то есть говорите так, чтобы информация была проста и понятна для собеседника. Используйте простые слова повседневной речи, которые вашему собеседнику известны.
7. Давайте информацию позитивно, чтобы она не звучала осуждающе и не давала повода пациенту думать, что он что-то делает неправильно.
8. Предлагайте один-два варианта, а не отдавайте распоряжения. Распоряжение включает повелительную форму глагола (делайте, давайте, используйте) и такие слова как «всегда», «никогда», «нужно», «обязательно». Когда вы отдаете распоряжение, вы даете понять собеседнику, что лучше знаете, что он должен делать. Когда вы предлагаете, вы предлагаете принимать решение ему самому.
9. Когда вы дали пациенту информацию и предложили варианты, дайте ему время все обдумать. Предложите ему обсудить все еще раз позднее или направьте пациента к более опытному консультанту, если это необходимо.
10. Принимайте мысли и чувства пациента. Не опровергайте и не критикуйте сказанное пациентом, но и не соглашайтесь с его ошибочными высказываниями. Это означает нейтральное реагирование — без согласия и без опровержения. Этим вы показываете, что уважаете мысли и чувства пациента, и даете ему ощутить вашу поддержку, и пациент почувствует себя увереннее.

О чем пациент, получивший положительный результат, должен узнать во время первичных бесед? Можно предложить следующую очередность обсуждаемых вопросов:

— Как вирус вызывает болезнь (в общих словах);

- Разница между ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- Значение числа CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки ВИЧ;
- Как могут заразиться другие люди и как можно предупредить передачу инфекции с достаточной степенью надежности;
- О том, что необходимо остерегаться других инфекций, передающихся половым путем, так как они отягощают течение ВИЧ-инфекции, а также о том, что существует риск заражения другим, более патогенным или устойчивым штаммом ВИЧ;
- Как проходит лечение ВИЧ-инфекции, и насколько успешным оно может быть;
- Правильное сбалансированное питание и физические упражнения помогают улучшить прогноз ;
- Курение повышает риск ряда осложнений;
- Где можно получить дополнительную информацию;
- Группы взаимопомощи и учреждения, оказывающие помощь в районе проживания;
- Какие диагностические исследования необходимы в дальнейшем и как они помогут в лечении.

*Конфиденциальность* — это основа взаимоотношений пациента и медработника. Она особенно важна для пациентов, испытывающих дискриминацию на работе, враждебность окружающих. Информация должна храниться медработниками в строгой тайне и сообщаться кому-либо только с разрешения пациента. Однако пациента можно убедить в необходимости раскрытия ВИЧ-статуса половым партнёрам и медработникам.

Наилучшим образом конфиденциальность обращения реализуется в условиях анонимного тестирования.

Опрос, проведенный в анонимном кабинете СПб Центра СПИД, показывает, что большинство людей обследуются на ВИЧ в связи с небезопасными сексуальными контактами (табл. 1). Треть обследуемых использует презерватив только в том случае, если партнер незнаком. Постоянный половой партнер у трети обратившихся уже инфицирован ВИЧ и открыл свой ВИЧ-статус. Свой собственный риск при сексуальных контактах люди недооценивают. Им нужна помощь в осознании и коррекции поведенческих рисков.



Консультирование в анонимном кабинете облегчает принятие решения в прохождении теста на антитела к ВИЧ и получении результата анализа.

Ситуация ПКТ благоприятна, чтобы помочь человеку осознать личное рискованное поведение и принять решение открыть свой ВИЧ-статус партнеру, чтобы мотивировать его к тестированию на ВИЧ. Консультирование должно стать безусловным компонентом ВИЧ-тестирования, где бы оно ни проводилось (Центр СПИД, ЖК, КВД, ГНБ и др. ЛПУ).

Специалисты, которые в силу своих обязанностей должны проводить консультирование при ВИЧ-тестировании, нуждаются в специальной подготовке, чтобы брать на себя инициативу при обсуждении сексуальных рисков и психологически грамотно оказывать помощь по изменению рискованного поведения.

### **3.1. Этапы консультирования при тестировании на ВИЧ**

Консультирование проводится в несколько этапов (рис. 3), что облегчает принятие решения в прохождении теста на антитела к ВИЧ и в получении результата анализа. Каждый этап имеет свои особенности и нуждается в подробном описании.

### **3.2. Особенности консультирования до теста на антитела к ВИЧ**

Консультирование проводится на индивидуальной основе и ориентировано на потребности пациента (обследуемого). Чтобы оказать действенную помощь, консультанту необходимо обладать информацией о тестируемом, поэтому прежде чем рекомендовать пациенту сделать анализ крови, необходимо прояснить:

- причину, по которой человек решил пройти тест на ВИЧ;
- его способность усвоить представляемую информацию;
- его способность сохранять самообладание;
- потребность в получении необходимой поддержки.

Оценка жизненной ситуации тестируемого, особенностей его психосоциального статуса и риска инфицирования проводится в процессе интервьюирования. Для облегчения оценки можно применить опрос, например, в виде анкеты, в которой варианты ответов на большинство вопросов прописаны, и нужно только выбрать подходящий (см. прил. 2).

С одной стороны, самостоятельное заполнение анкеты перед консультированием помогает лицу, проходящему обследование на антитела к ВИЧ, настроиться на беседу и подготовить важные для обсуждения вопросы.

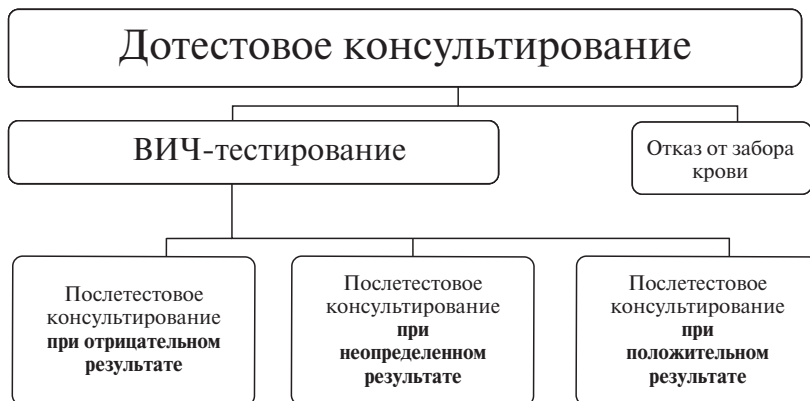


Рис. 3 Этапы консультирования при тестировании на ВИЧ

С другой стороны, просмотр консультантом заполненной анкеты позволяет быстро сориентироваться, какое поведение информанта можно интерпретировать как рискованное и, насколько он осведомлен по вопросам ВИЧ-инфекции, а также, в какой информации он нуждается, какие знания о заболевании требуют коррекции, какие рекомендации следует предложить. Таким образом, можно оптимизировать процесс консультирования.

Конечно, интервьюирование, обсуждение ответов на вопросы анкеты не должно поводиться в форме «допроса».

Профессиональная компетентность консультанта (психолога, врача) проявляется в том, чтобы во время интервью или просмотра заполненной анкеты отметить факторы, указывающие на риски возможного инфицирования ВИЧ у данного пациента, и в дальнейшем в произвольной форме без предубеждений обсудить, например, частоту и типы сексуальных отношений, половые отношения с лицами из групп повышенного риска, количество и постоянство половых партнеров, использование презервативов при сексуальных отношениях, тип и дозу употребляемого психоактивного вещества (ПАВ), способы и ритуалы его введения (у наркопотребителей) и другие актуальные для каждого случая темы.

Первые 5–6 вопросов интервью/анкеты, как правило, непосредственно не относятся к рискованному поведению. Определяется наличие гражданства и регистрации, возраст, образование, семейное положение, занятость, то есть уточняется информация, чтобы понять: где в случае по-

лучения положительного результата тестирования человек сможет наблюдаться и лечиться в связи с хроническим заболеванием. Общая информация позволяет сориентировать человека в системе медицинских услуг в сфере ВИЧ/СПИДа. Если человек оказывается вне системы медицинского обслуживания (например, нелегальные мигранты), важно обсудить, где и каким образом ему может быть оказана помощь, возможно ли подключение к участию общественных организаций.

Вопросы о возрасте, образовании, занятости и семейным положением, могут прояснить социальный статус обследуемого, что, в свою очередь, позволяет оценить вероятность рисков в соответствии с актуальной эпидемиологической ситуацией в регионе [1, 3, 11, 12, 14, 28, 35, 40].

Для выяснения причины прохождения ВИЧ-тестирования можно поставить вопрос: «*В связи с чем Вы решили обследоваться на ВИЧ-инфекцию?*»

Возможные варианты ответов:

- партнер инфицирован ВИЧ;
- плохое самочувствие;
- страх заболеть ВИЧ-инфекцией;
- направил врач;
- употребляю (употреблял) инъекционные наркотики;
- случайный и/или незащищенный сексуальный контакт;
- не использовался или порвался презерватив;
- получил положительный результат анализа на антитела к ВИЧ в другом учреждении;
- планируем беременность.

Заданные варианты позволяют анализировать причины обращения в ту или иную службу ПКТ. В Санкт-Петербургский Центр СПИД в основном обращаются люди, обеспокоенные рискованным сексуальным поведением (табл.).

Ответы на вопросы дают повод для обсуждения поведения, свойственного данному лицу. Внимание обращается на личную ситуацию, которая его беспокоит, не отвлекаясь на другие темы.

Готовые ответы в анкете позволяют найти некую общую систему отсчета. Например, кого считать «постоянным партнером», а кого — «случайным». *Постоянным* партнером принято считать человека, отношения с которым длятся 6 месяцев и более. Имеет значение, когда человек узнал

Таблица

**Причины, чтобы пройти ВИЧ-тестирование (315 человек)**

<b>В связи с чем Вы решили обследоваться на ВИЧ-инфекцию?</b>	<b>% ответов</b>
Недавно узнал/а, что постоянный партнер инфицирован ВИЧ	12,1
Делаю это регулярно, так как живу с ВИЧ(+) партнером	9,3
Стал плохо себя чувствовать	11
Направил врач	3,8
Употребляю (употреблял) инъекционные наркотики	4,1
<b>Не уверен в сексуальном партнере</b>	<b>25,5</b>
Порвался презерватив	7,4
Перепроверяю уже полученный положительный результат анализа на антитела к ВИЧ	4,1
Планирую беременность	8,8
<b>Знакомый прошел обследование в Центре СПИД, и посоветовал мне тоже провериться</b>	<b>12,4</b>
Другие причины	1,4

о положительном ВИЧ-статусе своего партнера. Если оценка проводится путем анкетирования, необходимо четко сформулировать дополнительные вопросы о партнере, например таким образом: 1) Если у Вас был сексуальный контакт с ВИЧ-положительным партнером, то этот партнер является: постоянным в течение менее чем 6 мес., постоянным в течение более чем 6 мес., бывшим, случайным (нужное подчеркнуть). 2) Если Ваш постоянный партнер ВИЧ-положительный, как давно Вы знаете о его ВИЧ-статусе: менее 1 месяца; от 1 до 6 месяцев; более 6 месяцев?

Обсудить использование презервативов важно независимо от ВИЧ-статуса полового партнера. Варианты ответов на вопрос «*Как часто Вы используете презервативы при половых контактах?*»: *применяю при каждом половом контакте; чаще всего использую; использую иногда; никогда не использую.*

Среди причин, по которым презервативом не пользуются, можно отметить следующие варианты (можно выбирать несколько):

- нет в наличии;
- покупать презервативы дорого;

- не хочу снижать удовольствие;
- нежелание партнера использовать презерватив;
- постоянный партнер;
- употребление алкоголя;
- планирую беременность;
- отсутствие/наличие у партнера ВИЧ.

Оценка поведенческих рисков, то есть их активное выявление, дает консультанту информацию о том, что человеку мешает обезопасить себя от заражения, что он знает, в чем заблуждается и в какой информации нуждается, чтобы осознать свои ошибочные действия.

Консультант должен предупредить обследуемого, что результаты теста ему будут сообщены на послетестовом консультировании лично, что по телефону или через третье лицо результаты анализа не сообщаются.

Дотестовое консультирование подготавливает понимание ВИЧ-статуса и стимулирует получить результат анализа.

### **3.3. Особенности послетестового консультирования при отрицательном результате анализа**

По статистике лица с отрицательным ВИЧ-статусом чаще используют презервативы и реже, чем ВИЧ-положительные, вступают в контакты с представителями групп риска — ПИН, коммерческими сексуальными работниками, а также с больными с ВИЧ-инфекцией [23]. Однако при отрицательном результате не менее важно, чем при положительном, проводить консультирование, так как, обсуждая сохраняющуюся степень риска заражения ВИЧ, можно мотивировать на его снижение или устранение.

Основные факторы риска по большей части известны, так же как и эффективные вмешательства, направленные на снижение риска заболевания или снижение бремени хронического состояния за счет использования современных методов лечения. Но зачастую специалисты, компетентные в области ВИЧ-инфекции, не предоставляют нужной информации, а пациенты не задают вопросов.

Нередко само консультирование приравнивается только к предоставлению информации, в то время как основная задача консультирования заключается в оказании помощи людям, чтобы они осознавали свои риски и в дальнейшем поступали в соответствии со своими знаниями о них.

Мы предполагаем, что люди совершают рискованные поступки, потому что они не осознают, каким образом их поведение создает риск или потому что они не понимают, какие изменения следует произвести для уменьшения риска. Мы консультируем, обучая. А если это не приводит к изменению поведения, мы повторяем ту же самую информацию снова и снова. «Проблема, связанная с этим подходом, заключается в том, что после «первого раунда» сообщения информации мы часто говорим людям то, что они уже знают, но мы обычно пропускаем многие другие важные факторы, которые определяют, может ли человек фактически произвести изменения на основании имеющихся у него или у нее знаний [55].

Во время консультирования и тестирования на ВИЧ в женской консультации или в гинекологической клинике, *с беременной женщиной важно обсуждать вопросы, связанные с сохранением риска инфицирования младенца* не только во время родов, но и в течение всего периода грудного вскармливания. В первый и третий триместр беременности врач-гинеколог направляет беременную обследоваться на ВИЧ, и в случае выявления инфекции, есть возможность защитить будущего ребенка с помощью трехэтапной химиопрофилактики или разрешением родов запланированным кесаревым сечением. Однако женщина может заразиться после родов и передать ребенку инфекцию через грудное вскармливание. Такие случаи выявляются при поступлении ребенка в больницу в тяжелом состоянии при диагностировании оппортунистических заболеваний или детского СПИДа.

Наиболее эффективной мерой для предупреждения передачи инфекции от матери ребенку должно быть формирование установки на безопасное сексуальное поведение не только во время беременности, но и после родов, то есть *на обязательное* использование презервативов в течение всего периода грудного вскармливания ребенка. Важно говорить об этом всем беременным женщинам, получающим отрицательный результат при тестировании на ВИЧ, на послетестовом консультировании.

Необходимо прикладывать усилия, чтобы каждая беременная женщина, независимо от ВИЧ-статуса, старалась убедить своего супруга/сексуального партнера пройти ВИЧ-тестирование до и после рождения ребенка.

Во время консультации ПИН должны подчеркиваться конкретные практические шаги по уменьшению риска. С целью снижения риска инфици-

рования ВИЧ-инфекцией, они должны изменить ситуацию таким образом, чтобы под рукой имелись новые шприцы для инъекций, или чтобы во время инъекций поблизости всегда имелись дезинфицирующий раствор и вода для промывки шприца. Чистый инструментарий для инъекций можно получить в пунктах обмена в программах «снижения вреда» (СВ).

Если у наркопотребителя в связи с осознанием риска инфицирования ВИЧ-инфекцией возникла установка к отказу от наркотиков, важно указать, где его могут проинформировать о разных действующих программах помощи наркозависимым, чтобы он выбрал одну них. Можно предоставить контакты с районной амбулаторной наркологической службой, общественной организацией помощи ПИН или телефон доверия для людей с аддиктивными проблемами.

Уильям И. Джонстон придает большое значение консультированию при получении отрицательного результата [66]. Он считает, что есть люди, которые тратят много эмоциональных сил при прохождении процедуры тестирования и консультирования на ВИЧ, предвосхищая положительный результат. Часто консультанты ПКТ перед тестом на ВИЧ спрашивают пациента о том, как изменится его жизнь в случае, если он получит положительный результат. Они спрашивают: «Как вы отнесетесь к тому, если у вас будет положительный результат?», «Как это повлияет на ваше сексуальное поведение?», «Кому вы расскажите?», «Какую реакцию вы ожидаете?» Гипотетические вопросы помогают людям оценить, насколько они готовы получить положительный результат. Консультанты могут задавать такие же вопросы в отношении отрицательного результата, однако делают это нечасто. Ведь люди, сдавая анализ на ВИЧ, испытывают гораздо меньше переживаний, ожидая отрицательный результат и оценивая его значимость. Возможно, это происходит потому, что автоматически они считают, что «ВИЧ-отрицательный» результат — желателен и знание того, что заражения не произошло, является хорошей новостью. Их ожидания таковы, что отрицательный результат разрешает все их проблемы и «берет ВИЧ под контроль».

Человек, который получает отрицательный результат, получает «отсрочку» во времени, потому что продолжает жить в условиях, в которых риск заражения ВИЧ может оставаться. Вера в то, что отрицательный результат разрешает все проблемы, — встречается очень часто. Однако получение отрицательного результата может вызывать сложные эмоцио-

нальные реакции. Некоторые из них могут выражаться сразу при получении результата, например, такие как облегчение, восторг, чувство везения, неверие, сомнение. Другие реакции могут наступить позже — через несколько дней и даже месяцев, например, такие как чувство вины, нежелание раскрывать отрицательный результат, изоляция, разочарование, отчаяние, депрессия и, что не менее важно, принятие.

Описание реакций, которые вызывает получение ВИЧ-отрицательного результата, могут подтолкнуть консультантов ПКТ обратить больше внимания на те сообщения, которые они произносят во время консультирования. Бессознательно консультант предполагает, что положительный результат более «важен», чем отрицательный — т.е., быть инфицированным «лучше», чем неинфицированным, так как в первом случае он тратит больше времени и сил на обсуждение последствий положительного результата. Если консультант не хочет производить такого впечатления, то возможно не стоит концентрироваться исключительно на подготовке человека к положительному результату.

### **Облегчение**

От чего происходит «облегчение» при получении отрицательного результата? Это может быть облегчение, избавляющее от тревоги и страха, от незнания того, есть ли у тебя угрожающее жизни заболевание. Это может быть облегчение в связи с избеганием стигматизации, которая существует в нашем обществе в отношении ВИЧ-инфицированных людей. Это может быть облегчение от того, что заражения при последнем сексуальном контакте не произошло.

Эти страхи и тревоги иногда бывают так сильно подавлены внутри, что при получении ответа, могут вырваться в виде плача. Такая эмоциональная реакция — один из способов выражения степени того, насколько тревога подавлялась и сдерживалась.

### **«Повезло»**

Чувство везения часто возникает у тех людей, которые практиковали высоко-рискованное поведение и удивлены, что судьба предоставила им шанс остаться неинфицированными. Некоторые, получая отрицательный результат, испытывают чувство «защищенности», веря, что это «знак» того, что они не могут заразиться. Другие воспринимают это более широко, как знак «хорошей судьбы», который может привести к жизненным изменениям, например, принятию решения об изменении карьеры.



В ходе консультации важно повернуть отношение к отрицательному результату, понимаемому как простое везение, на отношение, что это следствие принятого человеком решения оставаться неинфицированным, практикуя безопасное поведение. Люди, которые объясняют свой отрицательный результат на ВИЧ как везение, также могут верить и в то, что удача может от них отвернуться. Могут ли такие их рассуждения привести к мысли, что у них нет никаких средств, чтобы защитить себя? Возможно. Некоторые люди с подобными убеждениями не меняют своего поведения и сопротивляются безопасным методам.

### **Неверие и сомнение**

Другая, достаточно частая реакция на отрицательный результат — неверие. Такое часто случается у партнеров ВИЧ-инфицированных людей. Они могут выразить удивление и смятение, получив отрицательный результат, потому что были уверены, что получают положительный. У некоторых людей есть объективные основания для сомнения, потому что они практиковали высоко-рискованное поведение или прошли тест на ВИЧ слишком рано после рискованной ситуации, когда в периоде окна тест может не показать истинного результата.

У некоторых людей выражение сомнения по поводу отрицательного результата не является иррациональным страхом заражения. Это скорее способ поднять вопрос о том, как себя вести в дальнейшем. Задавая вопрос «насколько точен результат этого теста?», некоторые люди хотят получить для себя ответ, можно ли, наконец, «снять презерватив» и заниматься сексом без страха заразиться или заразить партнера.

### **Чувство вины**

Если человек когда-либо переживал травму, скорее всего, он задастся экзистенциальным вопросом «Почему я? Почему я не заразился ВИЧ, когда вокруг столько случаев заражения?» Некоторые объясняют это везением или природным иммунитетом к ВИЧ. Другие же испытывают сильные переживания, наказывая себя за то, что не заразились. Чувство вины может встречаться у «ВИЧ-отрицательного» партнера в дискордантной паре и среди MSM. Переживания того, что он/она не может разделить болезнь вместе с любимым человеком, либо убеждение, что он/она должен потерпеть наказание за прошлое сексуальное поведение, либо переживание внутренней гомофобии ведут к возникновению чувства вины у «спасшегося».

### **Нежелание раскрывать свой отрицательный результат**

При обсуждении раскрытия результата теста на ВИЧ консультант обычно уделяет внимание факту раскрытия ВИЧ-положительного результата, потому что ВИЧ-положительный результат воспринимается как стигма, порождающая возможность возникновения страха, избегания, дискриминации, опасности при раскрытии ВИЧ-положительного статуса в семье, партнерам. Сложности при раскрытии ВИЧ-отрицательного результата обсуждаются редко.

Почему многие не раскрывают свой ВИЧ-отрицательный статус? Само прохождение теста на ВИЧ является очень личным решением. Страх положительного результата удерживает человека от того, чтобы рассказать о решении пройти анализ на ВИЧ, потому что это приведет к необходимости объявить результат. При получении отрицательного результата это сделать уже сложно, потому что нет достаточной подготовки для такой новости. Также сложно говорить о своем страхе и тревоге с близкими и друзьями, когда результат теста на ВИЧ приходит отрицательный, потому что слушатели часто игнорируют переживания, связанные с процедурой тестирования на ВИЧ, считая важным сам результат теста, тем более, когда он «хороший».

В ситуациях, когда сообщить ВИЧ-отрицательный результат нужно человеку с ВИЧ-положительным статусом, бывает особенно неудобно. Причиной молчания может быть убеждение, что сообщение о своем ВИЧ-отрицательном статусе человеку, живущему с ВИЧ, будет проявлением равнодушия. В то время как на самом деле, многие ВИЧ-позитивные люди испытывают искреннюю радость, слыша об отрицательном результате партнера или друга, укрепляясь верой, что эпидемию ВИЧ можно остановить.

### **Изоляция**

У многих ВИЧ-отрицательных MSM нежелание раскрывать свой ВИЧ-отрицательный статус приводит к чувству изоляции. Принимая во внимание, что сообщество MSM имеет наиболее значительные риски для заражения ВИЧ, у некоторых из них может возникать чувство того, что они принадлежать к «меньшинству» по принципу отрицательного ВИЧ-статуса. На самом же деле, статистика показывает, что большинство людей, проходящих тестирование на ВИЧ-инфекцию, оказываются ВИЧ-отрицательными. Чувство «меньшинства» подпитывается видимостью услуг и поддержки ВИЧ-положительных MSM и отсутствием системы поддержки ВИЧ-отрицательных MSM.

### **Разочарование, отчаяние, депрессия**

Разочарование может быть сильным у человека, который состоит в отношениях с ВИЧ-положительным партнером. Ситуация получения ВИЧ-отрицательного результата может вызывать смешанные чувства: чувство вины, что «пронесло»; облегчение, что не заразился; тревога по поводу того, какими теперь будут отношения с ВИЧ-положительным партнером. Разный ВИЧ-статус может быть определенной дистанцией в отношениях.

В крайних случаях, отчаяние и депрессия могут приводить к саморазрушительным действиям.

### **Принятие**

Есть люди, которые спокойно принимают новость о своем отрицательном ВИЧ-статусе, потому что у них не было большой тревоги перед прохождением теста на ВИЧ — возможно, они уже сдавали тест на ВИЧ ранее или их поведение было относительно безопасным в отношении рисков заражения ВИЧ. Для других, принятие результата - большой праздник, в том понимании, что их усилия по поводу своего безопасного поведения не напрасны и действительно работают.

### **3.4. Особенности послетестового консультирования при неопределенном и положительном результате анализа**

Неопределенный (сомнительный) результат теста на ВИЧ (как правило, при анализе «иммунный блот») может говорить либо о том, что заражение произошло недавно и концентрация антител в крови пока недостаточная, либо есть другие хронические заболевания, которые при тестировании крови имеют реакцию схожую с белками ВИЧ. В подобной ситуации во время послетестового консультирования перед консультантом стоит две задачи: с одной стороны, объяснить необходимость обязательного повторения анализа на ВИЧ для того, чтобы человек получил определенность в отношении своего ВИЧ-статуса. С другой стороны, консультанту важно уделить внимание поведенческим рискам и мотивировать человека на безопасное поведение, как при сексуальных контактах, так и при использовании оборудования для внутривенных инъекций, с целью предотвращения возможных новых случаев заражения, особенно, принимая во внимание тот факт, что в период сероконверсии (на стадии острой ВИЧ), когда происходит значительный рост вирусной нагрузки, заражение вирусом других людей более вероятно. Известие о неопределенном результате

анализа, как и о положительном, может вызывать различные эмоциональные реакции, в том числе и реакцию стресса, что может потребовать от консультанта применения навыков кризисной психологической помощи.

Цель послетестового консультирования при положительном результате анализа — помочь человеку принять свой положительный ВИЧ-статус, определиться, как предупредить о риске заражения своего партнера.

Факт обнаружения ВИЧ вызывает эмоциональное потрясение. У одних людей возникают вопросы, связанные с возможной быстрой смертью, у других возникает тревога в отношении разоблачения и стигмы, беспокойство по поводу взаимоотношений и карьеры, неуверенность в том, смогут ли они заботиться о детях. Сила этого потрясения варьирует у разных людей от подавленности и горя до суицидальных мыслей.

Реакции на положительный результат теста на ВИЧ (S. Cremer, 1999):

- Острая реакция;
- Страх и депрессия;
- Соппротивление и отчаяние;
- Кризис;
- Суицидальное поведение;
- Реакции в контексте новых терапевтических возможностей.

Если удастся донести до пациента, что ситуация в борьбе с ВИЧ-инфекцией неуклонно изменяется в сторону прогресса, и доступно современное лечение, то можно добиться положительного развития кризисной ситуации, связанной с принятием положительного результата теста. Если имеется возможность, поддерживать контакт с пациентом, то можно использовать следующую схему работы с кризисным состоянием.

Схема работы при психическом кризисе (A. Finzen, 1999):

- Выяснение ситуации и всех сопутствующих обстоятельств;
- Оценка опасности и остроты кризиса, а также оценка общей психологической ситуации;
- Расспросить пациента, и принять всерьез его суицидальные мысли/намерения;
- Предпринять необходимые и подходящие действия;
- Поддержать и активизировать имеющиеся психологические способности клиента;
- Концентрация на основной актуальной проблеме;

— Установить временные границы (например, 6 часов), после которых надо продумать дальнейшие психокоррекционные меры.

Описывая разные реакции людей на результаты теста на ВИЧ, немецкие врачи К. Арасте и Р. Вайс отмечали: «Некоторые люди склонны «вытеснять» из своей памяти такие события, другие же испытывают стойкие опасения, которые очень мучительны. Как реагирует человек, зависит от его личностных особенностей. Многие испытывают облегчение и освобождение от терзающего их страха, когда они располагают ясностью в этом вопросе, причем даже тогда, когда результат теста является позитивным. В действительности душевное равновесие многих людей таково, что они могут лучше справиться с известной уже опасностью или конкретным врагом, нежели с длительным неопределенным страхом» [48].

Из определения, данного в программе Всемирной организации здравоохранения, консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД — это конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом, дающий обратившемуся возможность преодолеть стресс, а также принять решение относительно ВИЧ-инфекции. Из этого определения следует, что консультирование является способом оказания психологической и социальной поддержки всем, кого затронула эта проблема.

Цель кризисного вмешательства — уменьшить травмирующее влияние проблемной ситуации и стабилизировать состояние страдающего человека за непродолжительную встречу. Стресс, связанный с ВИЧ-инфекцией, может быть обусловлен не только получением положительного результата теста на антитела к ВИЧ, но обеспокоенностью в необходимости последующих действий: открытия диагноза своему супругу (партнеру), ограничения в сексуальной жизни, неопределенность в том, чтобы оставаться активным в своей профессиональной деятельности.

В некоторых случаях кризисное консультирование проводится перед тестом на ВИЧ-инфекцию, например, если обращение следует сразу после смерти от СПИДа близкого человека.

Помимо эмоциональных реакций повышенный стресс может привести к соматическим симптомам, мыслям о суициде и рецидиву наркомании. В большинстве случаев стрессоры, связанные даже с мыслями о ВИЧ/СПИДе, могут провоцировать высокий уровень тревоги. Вообще стрессы могут обострять существующие психические нарушения, что ос-

ложняет принятие диагноза и процесс адаптации к жизни с хроническим заболеванием в целом [9, 16, 21, 22, 44].

«При сильном эмоциональном возбуждении человек оценивает ситуацию тенденциозно: хороший прогноз становится еще более оптимистичным, а плохой — еще более мрачным. Только достаточная информированность позволяет правильно определить личную значимость события» [13].

Психологическое кризисное вмешательство должно осуществляться как можно ближе к травмирующему событию. Острота ситуации может усугубляться многими факторами, такими как беременность, экономическая или психологическая зависимость от другого лица, социальная неустроенность. Момент кризиса, процесс приспособления требует максимальной мобилизации психологических ресурсов. Внешняя поддержка служит дополнительным ресурсом [2, 12, 28, 29, 37, 47].

Следует добавить, что при сообщении диагноза ВИЧ-инфекция пациенту предоставляют информацию простыми предложениями, проявляя эмпатию, подчеркивая достигнутые в последнее время успехи медицины в лечении ВИЧ-инфекции. Раскрытие диагноза другим людям рекомендуется сделать тогда, когда спадет напряжение, и больной будет готов строить диалог.

К. Арасте и Р. Вайс в своей книге «Без паники: жизнь с ВИЧ-инфекцией» [48] так описывают сообщение о перспективе жизни в связи с получением позитивного результата теста:

*Достоверное наличие ВИЧ-инфекции не обязательно ведет к медицинскому лечению. До тех пор как иммунная система интактна, ВИЧ-инфицированный живет как здоровый человек. Среди прочего, для инфицированного действуют все те же правила, что и для здорового человека: вести здоровый образ жизни, т.е. полноценно питаться, достаточно двигаться и избегать ненужного обременительного стресса.*

*Для тех, кто не только инфицирован, но имеет ослабленную иммунную систему, современная медицина предлагает важные вспомогательные средства.*

*Определение количества клеток-хелперов или вирусной нагрузки позволяет установить, есть ли повреждение иммунной системы и, как следствие ослабления ее функции, опасность возникновения соответствующих заболеваний (оппортунистических инфекций). Между тем медицина в состоянии предотвратить определенные заболевания.*

В зависимости от способности пациента, получившего положительный результат, усваивать информацию, можно в той или иной степени сообщить о действии антиретровирусной терапии. Для проведения лечения ВИЧ-инфекции разрабатывается ряд новых субстанций, которые предполагают различные возможности для снижения вирусной нагрузки и предотвращения развития резистентности у вируса.

Во всяком случае, о том, что существуют антиретровирусные препараты, которые противодействуют дальнейшему ослаблению иммунной системы, сообщить необходимо. Можно сказать о лекарствах, которые могут справиться с пневмоцистной пневмонией и другими сопутствующими заболеваниями.

Получение диагноза ВИЧ-инфекции во время беременности, является сильным эмоциональным стрессом для женщины, вызывает чувство вины перед будущим ребенком, переоценку жизненных ценностей, изменение отношения к материнству. Опыт беременности с диагнозом ВИЧ-инфекции связан с переживанием чувства изоляции, тревоги, недоверия и в то же время надежды на свою “нормальность”, которую может принести материнство [64]. Кризисное консультирование беременной помогает женщине справиться с гаммой иногда противоречивых чувств: обиды и вины, сомнения и надежды, доверия и недоверия.

Одна из трудных ситуаций — получение сообщения о диагнозе ВИЧ-инфекция у ребенка. Основная задача кризисного консультирования — вернуть родителей на уровень докризисного функционирования, чтобы они могли нормально заботиться о ребенке. Сообщение о положительном ВИЧ-статусе ребенка нередко происходит на фоне смерти его родителя (от СПИДа, передозировки наркотиками). Психологу приходится работать с родственниками, которые получили двойную травму: узнали о диагнозе ребенка в связи с потерей близкого человека. В сложных случаях рекомендуется длительное психологическое сопровождение.

## ГЛАВА 4. «ОТСРОЧЕННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ»

Консультирование при ВИЧ-тестировании должно способствовать своевременному обращению ЛЖВ в медицинскую сеть, то есть уменьшить число случаев позднего обращения пациентов в специализированные Центры СПИД.

Сотрудники Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина подсчитали, что в 23,59% случаев обследования пациентов на ВИЧ в условиях стационара только на этапе послетестового консультирования выясняется, что больные знали ранее о своем положительном ВИЧ-статусе [33].

Если в результате общения с пациентом выясняется, что ему не было проведено консультирование при ВИЧ-тестировании, имеет смысл это сделать. Приведем несколько проблемных ситуаций, типичных для практики работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, требующими послетестового консультирования.

### **Ситуация 1.**

*У женщины вторая беременность, 21–22 недели. ВИЧ-инфекция была выявлена в период первой беременности в женской консультации. Ранее в Центр СПИД не обращалась. Вирусная нагрузка в крови — 80 000 коп/мл, CD4 — 300 кл/мкл. Она отказывается принимать антиретровирусные препараты даже в качестве профилактики для будущего ребенка, так как считает, что от лекарств больше вреда, чем пользы. Риск заражения плода отрицает, так как в первую беременность препараты не принимала, а ребенок родился здоровым.*

Что можно сделать, чтобы предотвратить заражение ребенка?

### **Ситуация 2.**

*Человек получил повторно положительный результат при анонимном ВИЧ-тестировании. Свое нежелание встать на диспансерный учет в Центр СПИД объясняет тем, что боится потерять хорошую работу. Считает, что сведения о положительном ВИЧ-статусе не могут быть сохранены в тайне.*

Какие аргументы необходимы этому человеку, чтобы он начал доверять системе медицинской помощи?



### **Ситуация 3.**

*Женщина впервые сдала кровь как донор. У нее выявлена ВИЧ-инфекция. Необходимо пригласить ее для получения результата анализа крови. Есть контактный телефон.*

Как пригласить по телефону человека для получения положительного результата?

### **Ситуация 4.**

*ВИЧ-положительный ребенок, 13 лет. Его родители, считают, что ему рано сообщать его диагноз ВИЧ-инфекция. Педиатр считает, что незнание ВИЧ-статуса влияет на частые пропуски в приеме лекарств (ВААРТ). Но родители продолжают откладывать момент раскрытия ВИЧ-статуса ребенку.*

Как получить согласие взрослого на раскрытие ВИЧ-статуса ребенку, не дожидаясь пока он станет взрослым?

Сложные психосоциальные вопросы, возникающие вместе с получением положительного ВИЧ-статуса, создают барьеры не только для обращения за медицинской помощью, но и для восприятия и переработки информации, получаемой пациентом на консультации сразу после получения результата анализа. Он может сам прервать разговор с консультантом, сообщив, что достаточно хорошо информирован, или сославшись на нехватку времени. Если анализ взят в больнице, то его результат может вернуться из лаборатории в стационар уже после выписки больного. Есть множество причин повторить процедуру послетестового консультирования через несколько дней, месяцев или лет после сообщения о положительном ВИЧ-статусе, то есть с отсрочкой.

Человек может обратиться в Центр СПИД для анонимного обследования не только, чтобы узнать свой ВИЧ-статус, но иногда, чтобы «открыть» его для себя снова. В этом случае тестирование на ВИЧ и консультирование — это возможность поддержать решение принять когда-то полученный положительный результат тестирования или открыть его своему партнеру. Послетестовое консультирование человек может получить через несколько месяцев и даже лет после получения положительного результата анализа крови на антитела к ВИЧ, например, на приеме у психолога в начале диспансерного наблюдения. Такое консультирование является «отсроченным».

### **Случай 1.**

*Женщина на первичной беседе у психолога в Центре СПИД.*

— Судя по Вашей карте, Вы на днях узнали о своем диагнозе ВИЧ-инфекция? Вы проходили ВИЧ-тестирование в частной клинике. Скажите, пожалуйста, до взятия крови на анализ Вас кто-нибудь информировал о ВИЧ-инфекции, ожидаемых результатах анализа крови?

— Нет, мне сообщили только результат, что результат положительный, и направили в Центр СПИД.

— Может быть Вам предлагали консультацию, но вы от нее отказались?

— Платную консультацию уже по результатам анализа мне предлагали, но я отказалась. Дело в том, что шесть лет назад я получала положительный результат на ВИЧ также в частной клинике. Но через год в другом лечебном учреждении мне сказали, что у меня нет ВИЧ-инфекции.

— Вам предоставили документальное подтверждение отрицательного результата?

— Нет, но меня заверили, что ВИЧ-инфекции нет. Теперь же при планировании беременности я сама попросила взять кровь на ВИЧ, чтобы убедиться в отсутствии вируса, но получила положительный результат. И доктор здесь в Центре СПИД говорит, что я болею давно, и мне нужно принимать лекарства.

— Вы сообщили своему мужу о своем ВИЧ-статусе? Сколько лет Вы уже вместе?

— Да, я сказала, и он обследовался в анонимном кабинете, его результат отрицательный. Это мой второй брак, мы вместе два года.

— Вы знаете о «периоде окна»?

— Да, нас предупредили, что он должен пойти повторное обследование через 2 месяца. Это так? Столько времени должно пройти после нашего последнего сексуального контакта?

— Мы рекомендуем повторно обследоваться через 1,5-2 месяца после последнего незащищенного контакта.

— Сейчас мы приняли решение воздерживаться от сексуальных отношений, пока он не пройдет повторное обследование.

— Скажите, пожалуйста, у Вас есть предположение, от кого и при каких обстоятельствах Вы могли получить инфекцию? Может Ваш первый муж был инфицирован?

— Я не знаю, возможно. Он умер после лечения в онкологической больнице. Ему много раз переливали кровь.

– Сохранились ли у Вас какие-то его выписки из больницы? Там должны быть указаны результаты анализов, если он проходил обследование на ВИЧ-инфекцию.

– Это было так давно... Я не хочу вспоминать этот тяжелый для меня период.

– Хорошо. Мне хотелось бы отметить, что Вы могли бы продолжать супружеские контакты, не дожидаясь результатов повторного обследования мужа. Но теперь Вам надо пользоваться презервативами при каждом сексуальном контакте. Ваша ответственность по предупреждению заражения ничуть не выше ответственности Вашего мужа. Вполне возможно, что он имеет крепкий иммунитет, но может «делиться» с Вами возбудителями (вирусами и бактериями), которым его иммунная система может противостоять, а Ваша ослаблена, она скорее может пострадать. Вы бережете его, а он должен беречь Вас. Болезнь — испытание, которое может разрушить либо укрепить Ваши отношения. Вам нужно жить дальше с Вашим хроническим заболеванием. В определенной степени придется изменить что-то в поведении, чтобы поддерживать свое уязвимое физическое здоровье — соблюдать режим лечения, сотрудничать с медперсоналом, правильно чередовать работу и отдых. Вам нужно будет справляться с проблемами, которые из-за болезни могут возникать не только на уровне физического здоровья, но и отражаться на выполнении социальных функций. Ваше психологическое благополучие в значительной степени будет зависеть от понимания и поддержки со стороны близких Вам людей.

Из приведенного выше диалога можно допустить, что больная о болезни своей была проинформирована несколько лет назад, но не приняла (отрицала) диагноз ВИЧ-инфекция. Возможно, она даже понимала, что подвергает своего мужа высокому риску заражения, но боялась сказать о заболевании, чтобы не потерять мужа. Нет смысла разоблачать пациентку в том, что она хотела скрыть свою тайну. Непринятие диагноза в течение 6-ти лет, нераскрытый ВИЧ-статус в течение 2-х лет не только давили на психику, но и мешали начать наблюдение в Центре СПИД. В разговоре она сообщила, что с разными целями активно использует интернет, поэтому трудно поверить в ее слабую осведомленность о ВИЧ. Обследование «в связи с планированием беременности» давало ей возможность в приемлемой форме открыть мужу свой ВИЧ-ста-

тус. Она нуждалась в поддержке принятых ею решений, кроме того консультант мотивировал ее к регулярным контактам с медперсоналом, началу лечения, поддержанию здоровья и сохранению семьи.

Если бы эту женщину подготовили к диагнозу 6 лет назад (если бы она своевременно получила до- и послетестовое консультирование), возможно, она раньше начала бы медицинское наблюдение и реализовала свои планы с рождением ребенка.

При «отсроченном» послетестовом консультировании важно дать информацию о том, что незащищенные половые контакты в дискордантных парах создают риск передачи ВИЧ неинфицированным партнерам и повышают вероятность нежелательных последствий для здоровья самих ЛЖВ, вследствие заражения другими инфекциями передаваемыми половым путем [15].

Порой степень неосведомленности о ВИЧ граничит с невероятностью, о чем может свидетельствовать другой случай из практики.

#### **Случай 2.**

Психолог спросил у женщины, которая привела своего 9-летнего ВИЧ-инфицированного сына в Центр СПИД:

*— Вы наблюдаетесь сами по поводу ВИЧ-инфекции, принимаете ли АРВ-препараты?*

*— Вы знаете, — ответила женщина, — мой муж давно инфицирован, он наблюдается в Центре СПИД и уже несколько лет получает антиретровирусную терапию. Мой сын болен ВИЧ-инфекцией от рождения, и вот теперь он тоже начнет лечение. А я... Мне все как-то некогда обследоваться, так что я не знаю, есть у меня ВИЧ-инфекция или нет.*

Некоторые люди считают, что ВИЧ-инфекция может передаваться ребенку от отца. Можно предположить, что эта женщина вытеснила из своего сознания события, связанные с получением неопределенного результата анализа во время родов, но также можно допустить, что никто не помог ей осознать высокую вероятность того, что она заражена, и повторить обследование. Консультирование при тестировании на ВИЧ и получении неопределенного результата анализа в роддоме не проводилось. У ребенка ВИЧ-инфекция была обнаружена после того, как он заболел туберкулезом после прививки БЦЖ. Факт перинатального инфицирования был установлен по медицинским документам, пересылаемым из роддома

в Центр СПИД, а с матерью о ее ВИЧ-инфекции никто не говорил, возможно, полагая, что она все знает, и сама о себе может позаботиться. В этом случае консультирование женщины состоялось через 9 лет после ВИЧ-тестирования. У мужа, отца ребенка, ВИЧ-инфекция была выявлена, когда он в тяжелом состоянии поступил в больницу. Он не мог воспринимать информацию о заболевании, а после продолжительного лечения, когда ему стало легче, уже никто не обсуждал с ним поведенческие риски и особенности жизни с ВИЧ.

Увидеть риск там, где, казалось, опасность его уже миновала, позволяет еще один случай из практики работы с ЛЖВ.

### **Случай 3.**

*Когда женщина была беременной, ее муж ушел к другой женщине. После рождения ребенка он вернулся в семью, раскаянием добился прощения. Супружеские отношения были восстановлены. Мать кормила ребенка грудью без всяких опасений на основании того, что при тестировании на ВИЧ во время беременности она получила отрицательный результат. Звонок любовницы мужа застал супругов врасплох. Выяснилось, что та женщина, ради которой муж оставлял семью, теперь беременна и при ВИЧ-тестировании получила положительный результат. Она считала, что заразилась в период связи с мужчиной, который впоследствии вернулся в семью. Жена и ребенок сразу прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию, и узнали, что оба инфицированы ВИЧ. Заражение женщины произошло после родов, а ребенок получил инфекцию через грудное вскармливание.*

Этого могло не произойти, если бы сам факт сексуальных отношений мужа с другой женщиной насторожил кормящую мать, чтобы она настояла на использовании презервативов.

## ГЛАВА 5. САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕЗЕРВАТИВА: МЕТОД ПО СНИЖЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РИСКА

Сексуальное поведение один из основных факторов риска передачи ВИЧ-инфекции. Презерватив — это ключевой компонент профилактических стратегий, который человек может выбрать для снижения своего риска при сексуальном контакте с ВИЧ. Однако использование презерватива с целью предотвращения передачи ВИЧ требует от человека определенных усилий по осуществлению контроля над своим поведением. Даже зная, что защищенный секс значительно снижает риск передачи ВИЧ-инфекции, и, владея безопасными навыками, не всякий человек будет использовать презерватив, когда его самоэффективность недостаточна.

*Самоэффективность (СЭ)* — это один из основных терминов социально-когнитивной теории Альберта Бандуры. СЭ — это вера в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации. Общая СЭ складывается из частных случаев проявления самоэффективности, существующих в различных областях человеческой деятельности, то есть СЭ будет разной в зависимости от задач, стоящих перед человеком.

Множество исследований было проведено для изучения связи СЭ и поведения в различных областях деятельности, в частности, в отношении здоровьесберегающего поведения, такого как избегание переедания (Glynn & Ruderman, 1986) или курения (DiClemente, Prochaska, & Gilbertini, 1985), управление положительными и отрицательными эмоциями (Caprara et al., 1999), сохранение нормальной профессиональной деятельности и сексуальной активности после аборта (Major et al., 1990), а также постоянное использование презерватива (Dilorio, Maibach, O’Lerary, & Sanderson, 1997). Результаты этих исследований подтвердили, что идея самоэффективности обоснована не только теоретически, но и экспериментально:

- Ожидание и восприятие своей эффективности коррелирует на высоком уровне значимости с реальным поведением, т.е. человек преимущественно демонстрирует то поведение, которого он сам от себя ожидает, и видит именно те последствия, которых ждет.
- С помощью оценки ожиданий и уровня самоэффективности можно достаточно точно предсказать реальное поведение. Выслушав пациен-

та и внимательно анализируя его слова, консультант можем предположить, как именно он/она поведет себя в той или иной ситуации.

Низкая СЭ ведет к тому, что задача кажется человеку сложной и мало-выполнимой, повышая уровень стресса и уменьшая желание выполнять данное действие, поэтому в той или иной ситуации человек может вести себя непредсказуемо. Небольшие препятствия могут его остановить в выполнении действия. Потерпев неудачу, человек с низкой СЭ обвинит в этом себя и свою неспособность справиться с задачей, что еще больше снизит его СЭ, т.е. веру в свой успех. Человек же с высокой СЭ смотрит на задачу широко и ищет наилучшие пути достижения цели. Трудности могут еще больше стимулировать его к тому, чтобы приложить больше усилий к выполнению действия. В случае неуспеха, человек с высокой СЭ найдет объяснение в обстоятельствах или других внешних факторах, т.е. неудача не повлияет на его веру в свою эффективность.

Что же влияет на уровень СЭ? Альберт Бандура выделяет четыре фактора, оказывающих влияние на формирование СЭ:

- собственный опыт человека: успех повышает СЭ, провал ее снижает;
- моделирование: наблюдение чужого успеха повышает СЭ, в то время как чужой неуспех снижает;
- социальная оценка: прямое одобрение или осуждение со стороны других в результате действия, т.е. одобрение наиболее вероятно повышает СЭ, осуждение — снижает;
- психологические факторы: эмоциональное состояние человека влияет на его действия, т.е. в ситуации стресса человек с низкой СЭ скорее свяжет волнение со своей неспособностью, чем снизит свою СЭ.

Оригинальная шкала по «Оценке самоэффективности использования презерватива» (CUSES — Condom Use Self-Efficacy Scale, 1991, Linda Brafford, Kenneth Beck) была разработана для оценки самоэффективности по использованию презерватива для американских подростков и взрослых [28].

Шкала состоит из 28 утверждений, часть вопросов которой разделены на 4 субшкалы: 1) механический навык использования и покупки презерватива, 2) несогласие партнера использовать презерватив, 3) уверенность в своей способности убедить партнера, 4) использование презерватива под влиянием ПАВ. 13 вопросов шкалы являются общими. Утверждения оцениваются по 5-ти бальной шкале: 0 — абсолютно не согласен, 1 — не согласен,

2 — не решил, 3 — согласен, 4 — абсолютно согласен. Более высокий балл соответствует более высокой СЭ в отношении использования презерватива.

### **Примеры утверждений шкалы**

#### *Механический навык:*

- Я уверен(а), что смогу одеть презерватив на себя или на партнера.
- Я уверен(а), что смогу купить презерватив без чувства смущения.

#### *Несогласие партнера:*

- Если мой партнер не будет использовать презерватив, я откажусь от секса.
- Я настаю на использовании презерватива, даже если мой партнер не хочет.

#### *Уверенность в способности убедить партнера:*

- Если я неуверен(а), как мой партнер относится к презервативу, то я не буду предлагать его использовать.

– Я не уверен(а), предложу ли я использовать презерватив новому партнеру, потому что он(а) подумает, что у меня ИППП.

#### *Использование презерватива под влиянием ПАВ:*

- Я уверен(а), что буду пользоваться презервативом, даже если выпью.

#### *Общие утверждения:*

- Я буду использовать презерватив, чтобы избежать заражения ВИЧ.
- У меня будет с собой презерватив, если я собираюсь попасть в ситуацию, где я могу заняться сексом.

Оценка СЭ безопасного поведения может быть проведена специалистом при проведении консультации по снижению риска до и после теста на ВИЧ в форме нескольких устных вопросов-утверждений в отношении конкретных действий и ситуаций. С другой стороны, вопросы по СЭ безопасного поведения могут быть включены в рутинную анкету, которую заполняет клиент при прохождении консультирования и тестирования на ВИЧ. Уровень СЭ может служить средством для оценки прогноза безопасного сексуального поведения и дает возможность консультанту сформировать и передать клиенту «индивидуальное сообщение», направленное на снижение риска в его/ее конкретной ситуации, изменив ожидания, сфокусировав внимание на непривычных аспектах собственного поведения, сформировав конкретный план действий по изменению поведения.



## ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ СО СПИДОФОБИЕЙ

Люди, испытывающие излишнюю тревогу и беспокойность возможностью заражения ВИЧ-инфекцией, часто становятся клиентами анонимных кабинетов, где можно пройти тестирование на ВИЧ, регулярно звонят на телефоны доверия или забрасывают сообщениями он-лайн консультанта, как правило, повторяя один и тот же вопрос-утверждение: «Может ли быть отрицательный результат теста на ВИЧ, в то время как инфекция есть?». Пациент со спидофобией отнимает у консультанта много времени и душевных сил, которые он мог бы потратить на помощь и обучение людей, находящихся в актуальной ситуации риска или кризиса. Подготовленность к таким контактам и понимание природы, симптомов, форм спидофобии поможет консультантам ПКТ выбрать наиболее удачные стратегии консультирования, сохраняя свой потенциал и проявляя адекватную реакцию, и если нужна помощь человеку со страхом СПИДа.

Фобия (от греч. *phobos* — «страх») — это стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, людьми или животными, действиями или ситуациями. Большинство людей, испытывающих фобию, хорошо понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны [20].

ВИЧ-инфекция, которая в обществе относится к стигматизирующим заболеваниям, долгие годы считалась «страшной болезнью», вероятность передачи которой определенно преувеличивается, является хорошей причиной для возникновения иррациональных страхов и предрассудков.

Спидофобия, СПИД-невроз, псевдо-СПИД — разные понятия, описывающие одно и то же состояние. Психогенное состояние, вызванное страхом в отношении СПИДа, может быть, с одной стороны, частью ряда таких психопатологических расстройств, как депрессия, тревожное состояние, конверсия или, с другой стороны, может являться основной причиной психопатологического состояния, возникающего на фоне невротических, обсессивных, параноидальных черт личности, которое запускается внутриличностным конфликтом или жизненным стрессом.

В обзоре Томпсона и Риччо существует несколько уровней патологического страха СПИДа [63]. Первый уровень — это страх на уровне общества в целом, подогреваемый необоснованными и ошибочными сообще-

ниями СМИ в ответ на распространение эпидемии, а также недобросовестным отношением представителей медицинской профессии к пациентам с ВИЧ/СПИДом. Следующий патологический уровень страха наблюдается в группах людей высокого риска, у которых нет никаких симптомов и возможно они уже изменили свое поведение на более безопасное. Еще одна группа людей, которых можно отнести к страдающим патологической тревогой, — это люди из группы низкого риска, которые напрямую обращаются за тестированием на ВИЧ. Люди этой группы могут значительно различаться по степени выраженности своего страха: большинство, получив отрицательный тест на ВИЧ, больше не возвращаются; другие испытывают сложности в принятии того факта, что они не инфицировались ВИЧ. Эти люди относят часть или все симптомы и телесные ощущения к проявлениям СПИДа и постоянно проверяют новые симптомы, чтобы подтвердить свое предположение. Эти люди могут быть названы как «чистые» спидофобы, т.к. они имеют иррациональный страх (актуального риска у них нет), который не поддается никаким разъяснениям и убеждениям.

Группа японских психиатров в процессе лечения пациентов разделила феномен СПИД-невроза на четыре различные психиатрические категории с различной глубиной тяжести [60]:

- кратковременная фобия (как только пациент получает отрицательный результат, то «выздоровливает»);
- невротический синдром (несмотря на отрицательный результат, пациент продолжает переживать тревогу и страх, часто имея физические симптомы, как свидетельство наличия ВИЧ);
- депрессия, часто связанная с суицидальными настроениями;
- бредовые состояния.

Итак, спидофобия или СПИД-невроз — это болезненный феномен, при котором человек страдает от убеждения, что он «ВИЧ-положительный», несмотря на отрицательные результаты анализов и у которого проявляются ряд неспецифических физических симптомов, фобические и невротические состояния.

Следующие психиатрические симптомы были зарегистрированы у людей со страхом СПИДа: панические атаки, общая тревога, депрессия, суицидальные попытки, стойкая ипохондрия, сопутствующие соматические

реакции, похожие на симптомы острой стадии ВИЧ-инфекции, такие как недомогание, ночное потоотделение, чувство апатии, потеря веса [65].

Представления об острой ВИЧ-инфекции поддерживает состояние человека со СПИД-фобией, так как он знает, что период сероконверсии может сочетаться с симптомами острой ВИЧ, в то время как тест ИФА на ВИЧ будет отрицательным из-за периода «окна». Некоторые случаи СПИД-фобии настолько тяжелы, что могут привести к нарушению в социальной и профессиональной деятельности.

Китайские исследователи [56] изучили клинические характеристики 46 пациентов, страдающих СПИД-фобией с тем, чтобы установить клинические диагностические критерии этого состояния. Они описали пациентов со СПИД-фобией следующим образом: «с» или «без» высокого поведенческого риска заражения ВИЧ; постоянно требуют проведения им теста на ВИЧ, подозревая, что инфицирование могло произойти в обычной жизни; предъявляют неспецифические жалобы (симптомы гриппа, головная боль, боль в горле, высыпания на коже, артралгия, усталость, лихорадка при нормальной температуре тела); при физикальном осмотре имеет только белый язык; симптомы проявляются через 0–3 месяцев после рискованной ситуации; уровень CD4-лимфоцитов составляет более 500 кл/мкл у 82,6% и 300–500 кл/мкл — у 17,4%, при минимальном значении 307 кл/мкл. Таким образом, авторы заключили, что СПИД-фобия является сложным физическим и психогенным заболеванием, диагностика и лечение которого требует дальнейшего изучения.

Консультант кабинета ПКТ или телефона доверия может определить пациента, переживающего состояние СПИД-фобии, по следующим высказываниям и поведению клиента:

- уверен, что любой возникающий симптом — это первичные проявления ВИЧ/СПИДа, хотя анализ на ВИЧ отрицательный;
- убежден, что у него/нее ВИЧ есть, даже получив отрицательный анализ ИФА через 6–10 месяцев;
- страх ВИЧ/СПИДа остается, хотя человек получил объяснения, что риск заражения в его/ее ситуации минимален или отсутствует;
- объясняет отрицательный результат анализа неточностью тест-систем, некомпетентностью медиков, стадией заболевания, на которой

антитела не диагностируются (период окна или стадия СПИДа), но не тем, что ВИЧ-инфекции нет;

— сдает анализ на ВИЧ снова и снова, в том числе анализы на ПЦР, вирусную нагрузку, иммунный статус, ВИЧ-2 и т.п.;

— боится, что у него ВИЧ-0 или другая редкая разновидность ВИЧ, которую обычные тест-системы не могут определить;

— потратил уже много денег на анализы;

— систематически испытывает трудности в повседневной жизни, в отношениях с родными, друзьями, партнером, на работе, в учебном заведении и т.п.;

— многократно звонит на телефон доверия, задавая один и тот же вопрос;

— по несколько часов в день просматривает сайты о ВИЧ/СПИДе в Интернете;

— врач, консультант телефона доверия или другой специалист советовал обратиться к психологу/психиатру по поводу боязни ВИЧ/СПИДа.

Спидофобия, как непростой и специфической процесс, рождается из динамических отношений между культурой и индивидуальностью человека. Обстановка в обществе, внутриличностный конфликт или стрессовая ситуация могут послужить толчком для возникновения спидофобии.

Выделяют различные причины, такие как:

— события и опыт из личной жизни (например, если человек пережил тяжелое заболевание или кто-то из близких умер от СПИДа);

— чувство вины в связи с поступком, который человек считает «плохим» (если человек испытывает чувство вины перед супругой, но в то же время продолжает практиковать эпизодические или постоянные сексуальные контакты на стороне, даже используя презерватив, то он будет наказывать себя страхом заражения «страшным заболеванием», и, если он еще и склонен к ипохондрии, то любые изменения в организме он будет воспринимать как симптомы СПИДа);

— гомофобия (мужчина может не принимать собственную гомосексуальность, и на основании этого он испытывает глубокий страх заболеть СПИДом после каждого однополых сексуального контакта);

— предрассудки, стигма, дискриминация в обществе в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Консультанту при встрече с пациентом, демонстрирующим признаки спидофобии, важно помнить, что с одной стороны, это может проявиться кратковременным состоянием тревоги, которое у многих пациентов после получения отрицательного ИФА на ВИЧ проходит, однако, с другой стороны, это может быть сложное психопатогенное состояние, требующее специализированной долгосрочной психотерапевтической помощи, которая выходит за рамки ПКТ. При установлении доверительного контакта консультант может рекомендовать пациенту обратиться за помощью к психотерапевту, имея под рукой необходимую информацию. Консультант ДКТ должен беречь свои силы для других пациентов, поэтому при беседе с человеком, переживающим спидофобию, он может использовать следующие приемы: предупредить об ограничении консультации по времени; эмоционально не вовлекаться в содержание беседы и контакта; не строить ожидания того, что информационная и обучающая сессия по вопросам ВИЧ снизит тревогу и страхи человека.

## ГЛАВА 7. ЭТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ КОНСУЛЬТИ- РОВАНИЕ ПАРТНЕРОВ\*

При получении положительного результата анализа при ВИЧ-тестировании перед человеком встает вопрос, сказать или не говорить о нем даже близким людям, а если сказать, то как.

К сожалению, раскрытие диагноза ВИЧ-инфекция может привести к неблагоприятным последствиям — осуждению, дискриминации, утрате отношений с любимым человеком, насилию. Раскрывать информацию о ВИЧ-инфекции трудно еще и потому, что заражение чаще всего происходит при половых контактах и инъекциях наркотиков. Признаться близкому человеку в своем диагнозе — значит одновременно признаться в каких-то фактах своей личной жизни, о которых до этого большой умалчивал.

Таким образом, признание в ВИЧ-инфекции влечет за собой множество других признаний, и каждое из них способно нанести близкому человеку душевную травму. Сотрудники программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должны понимать, как трудно больным признаваться в своем диагнозе даже при самом благоприятном стечении обстоятельств.

Исследования показывают, что ВИЧ-инфицированные, не скрывающие свой диагноз от окружающих, реже страдают депрессией и тревожными расстройствами и пользуются большей социальной поддержкой. Многие ВИЧ-инфицированные, признавшись, находят сочувствие и помощь со стороны окружающих, но некоторые, к сожалению, превращаются в изгоев.

Говоря о ВИЧ-инфекции, под «раскрытием» или «добровольным раскрытием» мы будем иметь в виду признание пациентом своего ВИЧ-статуса и донесение этой информации до окружающих. К сожалению, встречается и невольное раскрытие, когда ВИЧ-статус человека становится известным окружающим без его ведома. Многих пациентов, охваченных программами помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, беспокоит именно возможность невольного раскрытия, поэтому они нуждаются в заверении в том, что все сотрудники службы ДКТ соблюдают врачебную тайну.

---

\* — при подготовке данной главы использованы материалы Руководства «Раскрытие эпидеми ВИЧ/СПИДа» [36] и Клинического руководства Колумбийского университета [19].

Конфиденциальность означает этическое и/или юридическое обязательство медицинских и других специалистов, например, юристов и поставщиков социальных услуг, не раскрывать кому бы то ни было, не имея на то полномочий, информацию, предоставленную этими специалистами или полученную ими в контексте профессиональных отношений с пациентом.

В контексте ВИЧ/СПИДа конфиденциальность распространяется на статус ВИЧ отдельного лица, и требует получения медицинскими органами согласия от инфицированного лица на раскрытие его ВИЧ-статуса другим лицам.

Конфиденциальность также означает, что лицо, инфицированное ВИЧ, рассчитывает на то, что его статус не будет раскрыт без его согласия теми лицами, которым эта информация могла быть сообщена.

В то же время сохранение ВИЧ-статуса в тайне создает преграды для профилактики заражения окружающих и для обследования (возможно и лечения) полового партнера. Если больной с ВИЧ скрывает свой диагноз в семье, ему будет трудно включиться в наблюдение и лечение. Из соображений секретности ВИЧ-инфицированной матери придется кормить младенца грудью, хотя безопаснее было бы прибегнуть к искусственному вскармливанию. Использование презервативов и отказ от форм полового поведения, сопряженных с высоким риском заражения, может стать если не невозможным, то очень сложным. В том случае, когда супруг или дети ВИЧ-инфицированной женщины уже заражены, но не подозревают о диагнозе матери, они утрачивают возможность своевременно пройти консультирование и тестирование на ВИЧ и включиться в программу помощи и лечения. С позиций общественного здоровья раскрытие почти всегда приносит пользу, однако приоритет отдается желаниям и потребностям самого ВИЧ-инфицированного.

*Этические обязательства в отношении конфиденциальности подкрепляются правом человека на невмешательство в частную жизнь.*

Кроме исключительных случаев, когда раскрытие информации другому лицу требуется по закону или по этическим соображениям, ВИЧ-инфицированное лицо имеет право на невмешательство в частную жизнь, и на информированное согласие при принятии всех решений относительно раскрытия его/ее статуса.

Только сам ВИЧ-инфицированный может решить, раскрывать ему или нет информацию о своем ВИЧ-статусе и когда это лучше сделать. *Задача медицинских и социальных работников — не подталкивать больного к признанию, а помочь ему сделать этот трудный для себя выбор.*

Этически обоснованное консультирование партнеров (уведомление партнеров) включает контакт с сексуальными и/или инъекционными партнерами ВИЧ-инфицированного лица (пациента-источника) с целью уведомления о возможном риске ВИЧ-инфицирования и побуждения к консультированию, тестированию и, при необходимости, лечению ВИЧ-инфекции.

Раскрытие своего положительного ВИЧ-статуса может быть длительным процессом, а не однократным разговором. Полезно представить этот процесс в виде следующей цепочки:

- нежелание или неспособность признаться;
- обдумывание процесса признания;
- начало признания;
- ожидание последствий признания;
- преодоление последствий признания.

*Цель уведомления партнеров* — предотвращение передачи ВИЧ лицам, которые могли подвергнуться риску инфицирования через половые контакты или совместное использование игл, а также улучшение помощи и поддержки, оказываемой лицам с ВИЧ или СПИДом.

Консультирование партнера может осуществляться:

- самим пациентом;
- работником здравоохранения;
- совместными усилиями обоих.

**Направление источником** — подход, при котором ВИЧ-инфицированному лицу рекомендуется провести консультирование партнеров в связи с возможным риском ВИЧ-инфицирования. Это происходит без прямого участия работников здравоохранения. При использовании этого подхода работник здравоохранения обсуждает с ВИЧ-инфицированным лицом, каким образом и какого рода информация должна быть передана партнеру (партнерам).

**Направление работником здравоохранения** — подход, при котором ВИЧ-инфицированное лицо сообщает работнику здравоохранения фа-



милию своего партнера (партнеров), после чего сам работник здравоохранения консультирует его (их) с соблюдением конфиденциальности.

Работник здравоохранения не раскрывает партнеру имени ВИЧ-инфицированного лица, а лишь сообщает ему о том, что он, вероятно, подвергся риску инфицирования. Делается это с согласия пациента-источника.

**При условном направлении** работник здравоохранения, работающий с пациентом-источником, узнает фамилии его/ее сексуальных партнеров или партнеров по инъекционному употреблению наркотиков, но оставляет пациенту-источнику некоторое время, чтобы он поговорил с партнером. Если в течение этого времени раскрытие диагноза партнерам не произведено, работник здравоохранения сам проводит консультирование партнеров, не называя при этом фамилию пациента-источника.

ВИЧ-инфицированный человек должен быть убежден в следующем: «Я несу ответственность за то, чтобы поделиться информацией; я получаю преимущество в том, что меня будет поддерживать кто-то еще; я сам решаю, что именно я сообщу, кому и когда».

Поощряя человека к раскрытию своего статуса, работник здравоохранения признает право ВИЧ-инфицированного лица на сохранение независимости в принятии решений. Но если он испытывает страх перед раскрытием, работник здравоохранения может попытаться изменить ситуацию с помощью убеждений.

Учитывая возможные серьезные последствия в связи консультированием партнеров (дискриминация, разрыв отношений, насилие) или отсутствием консультирования (передача ВИЧ-инфекции), консультанты и медицинские работники должны уметь принимать этически трудные решения в каждом отдельном случае. В большинстве случаев, если консультирование сопровождается оказанием поддержки, ВИЧ-инфицированное лицо соглашается на уведомление партнеров.

Поддержка может выражаться в том, что уведомление партнеров происходит в присутствии консультанта и/или члена семьи, которые при необходимости придут на помощь и обеспечат защиту.

Когда происходит консультирование партнеров без согласия пациента-источника прежде всего, надо убедиться в наличии следующих условий:

- 1) ВИЧ-положительное лицо (пациент-источник) получило обстоятельное консультирование с разъяснением необходимости уведомления/консультирования партнеров.
- 2) С помощью консультирования не удалось добиться соответствующего изменения поведения, включая практику безопасного секса.
- 3) Пациент-источник отказался от уведомления партнеров или не дал согласия на консультирование своих партнеров.
- 4) Существует реальная угроза передачи ВИЧ могущему быть идентифицированному лицу.
- 5) Работник здравоохранения заранее сообщил пациенту-источнику о намерении провести консультирование.
- 6) При наличии практической возможности, личность пациента-источника не сообщается его партнерам.
- 7) Проводится последующее наблюдение, обеспечивающее необходимую поддержку и предупреждающее возможное насилие, распад семьи и т.п.

*Благоприятные последствия раскрытия:*

- Отпадает необходимость скрывать;
- Исчезает страх перед случайным (невольным) раскрытием диагноза;
- Открывается доступ к психологической поддержке и практической помощи;
- Появляется возможность обсудить жалобы и симптомы, поделиться тревогами и опасениями;
- Становится проще посещать клинику, идти на роды в специализированный роддом (не нужно придумывать объяснения);
- Становится легче соблюдать схему лечения (не нужно прятать лекарства);
- Появляется возможность обсуждать с партнером переход к безопасным формам полового поведения и вопросы планирования семьи;
- Появляется возможность направить партнера и детей на добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, а при необходимости — на лечение;
- Появляется возможность попросить друга или родственника стать компаньоном по лечению;

— Открывается доступ к группам поддержки и местным организациям, оказывающим помощь ВИЧ-инфицированным.

*Неблагоприятные последствия раскрытия:*

— Обвинения со стороны партнера или других членов семьи в том, что ты «занес в дом ВИЧ-инфекцию»;

— Отстранение, избегание, неприятие со стороны полового партнера, родственников, друзей; развод или разрыв с любимым человеком;

— Дискриминация со стороны соседей или религиозной общины;

— Дискриминация со стороны работодателя (вплоть до увольнения с работы);

— Обвинения в распутстве, сексуальной неразборчивости;

— Дискриминация детей в школе или сообществе;

— Нежелание мужа/жены (полового партнера) заводить новых детей;

— Жестокое обращение, физическое насилие.

На выбор ВИЧ-инфицированного человека — раскрывать или нет свой диагноз — влияет множество культурных, религиозных, медицинских и психологических факторов. Консультант не должен ограничиваться простым перечислением большого преимуществ и недостатков раскрытия, он должен проанализировать вместе с ВИЧ-инфицированным его жизненную ситуацию, просчитать его личные перспективы. Консультант не имеет права допускать, чтобы его собственные взгляды, мысли и чувства по поводу раскрытия сказались на выборе пациента.

Раскрытие диагноза ВИЧ-инфекции — непростая задача. Консультирование по раскрытию приносит моральное удовлетворение, но изматывает консультанта физически. Медицинские работники, помогающие больным и их семьям, сами порой нуждаются в поддержке. Совещания многопрофильной бригады и обсуждения случаев с коллегами — источник, в котором медицинские работники могут почерпнуть силы, найти помощь и понимание. В спорах и беседах между коллегами рождаются решения и намечаются оптимальные планы действий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ситуация психосоциального консультирования благоприятна, чтобы помочь человеку осознать личное рискованное поведение, поэтому имеет значительное профилактическое действие. Консультирование должно стать безусловным компонентом ВИЧ-тестирования, где бы оно ни проводилось — в Центре СПИД, женской консультации, кожно-венерологическом диспансере, наркологическом отделении, общественной организации или частной клинике.

В анонимный кабинет обращаются люди большей частью в связи с небезопасными сексуальными контактами. Причем в качестве причины обследования чаще называется «неуверенность в партнере» или его положительный ВИЧ-статус. В силу неправильных представлений о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи, люди часто недооценивают свой собственный риск при сексуальных контактах с постоянным партнером, даже если у него ВИЧ-положительный статус, в то время как ситуации случайных сексуальных контактов, даже защищенных, вызывают излишний страх и тревогу. Людям нужна индивидуальная помощь в обсуждении, осознании и коррекции своих поведенческих рисков. Консультирование при соблюдении конфиденциальности обращения облегчает человеку принятие решения относительно своего здоровья как при получении положительного, так и отрицательного результата анализа и раскрытии в дальнейшем своего ВИЧ-статуса партнеру, вовлечении последнего в обследование.

Компетентность специалистов, которые в силу своих обязанностей должны проводить консультирование при ВИЧ-тестировании, помогает им брать на себя инициативу при обсуждении сексуальных рисков, снижению вреда от употребления наркотиков и тактически грамотно оказывать помощь по изменению рискованного поведения. Навыки психологической работы могут способствовать успешной практике ДКТ.

## Приложение 1

### **МОНИТОРИНГ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ В АНОНИМНОМ КАБИНЕТЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ЦЕНТР СПИД**

Для улучшения общения при тестировании на ВИЧ психологи Санкт-Петербургского Центра СПИД разработали специальную анкету, состоящую из 2 частей, которую предлагается заполнить посетителю перед дотестовым консультированием (приложение 2). Вопросы на 1-й странице относятся к характеристике пациента и позволяют провести скрининг поведенческих рисков инфицирования ВИЧ. По ответам на вопросы 2-й страницы можно проверить осведомленность пациента о заболевании и об отношении к людям, живущим с ВИЧ.

С практической точки зрения, заполнение анкеты позволяет тестируемому настроиться перед консультацией и подготовить важные для обсуждения вопросы. С другой стороны, просмотр заполненной анкеты помогает психологу быстро сориентироваться, какое поведение консультируемого можно интерпретировать как рискованное, и насколько он осведомлен по вопросам ВИЧ-инфекции, а также в какой дополнительной информации нуждается, какие знания о заболевании требуют коррекции, какие рекомендации следует предложить.

Процедурный кабинет, в котором производится забор крови, работает в те же часы, что и консультативный. После дотестового консультирования посетитель передает процедурной медсестре свою анкету, на которой психологом отмечен номер записи в журнале консультаций. Взяв кровь, медсестра отдает пациенту талон с номером пробирки, по которому он должен получать результат анализа. Этот же номер отмечается на его анонимной анкете, которая из процедурного кабинета возвращается в консультативный кабинет к психологу.

За результатом теста обследуемый должен лично явиться к психологу, который проводит послетестовое консультирование. Если результат отрицательный, посетитель анонимного кабинета получает его на следующий день. Если «анализ в работе», человеку оказывают психологическую

поддержку, предоставляют необходимую информацию и просят явиться за результатом через 10 дней.

Рутинно собранные результаты анонимного опроса (данные анкеты) сопоставляются с результатами теста и все вместе заносятся в электронную базу данных, созданную на базе MS Access 2007. В базе данных также отмечается, пришел или не пришел обследуемый за результатом анализа.

Это позволяет проводить мониторинг тестирования на ВИЧ, сравнивать показатели разных лет по заданным в анкете критериям.

Чтобы отследить, сколько человек, анонимно обследованных и выявленных как ВИЧ-положительные встали на диспансерный учет в Центре СПИД, к распечатке анализа крепится листок с отчетом о проведенном послетестовом консультировании (приложение 3).

Если человек стал пациентом Центра СПИД, лист с отчетом вместе с результатом теста вклеивается в его медицинскую карту, и становится частью истории болезни. Если по каким-то причинам (и она указана в отчете), он не смог начать диспансерное наблюдение, эти данные также имеют ценность для последующего анализа.

## Приложение 2

### АНКЕТА

№ теста \_\_\_\_ № анкеты \_\_\_\_ Код \_\_\_\_ Консультант \_\_\_\_\_

*Ваши ответы на поставленные вопросы помогут консультанту понять, какую информацию, и какую помощь мы сможем Вам предоставить*

Дата: \_\_. \_\_.20\_\_ Пол: \_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Гражданство: \_\_\_\_\_

*Нужное подчеркните:*

1. **Есть ли у Вас регистрация в С-Пб или Лен. обл.:** да; нет;  
укажите район \_\_\_\_\_
2. **Ваше образование:** неполное среднее; среднее;  
среднее-специальное; н/высшее; высшее
3. **Ваша занятость:** учусь; работаю; временно не работаю;  
на пенсии; нетрудоспособен
4. **Семейное положение:** холост/не замужем; в браке;  
в фактическом («гражданском») браке; в разводе; вдова/вдовец
5. **Вы живете:** один/одна; в семье (с супругом, детьми, родственниками);  
партнером/другом
6. **В связи с чем Вы решили обследоваться на ВИЧ-инфекцию:** партнер  
ВИЧ-инфицирован; плохое самочувствие; страх заболеть ВИЧ-ин-  
фекцией; направил врач; употребляю (употреблял) инъекционные  
наркотики; не уверен в сексуальном партнере; порвался презерватив;  
получил положительный результат анализа на антитела к ВИЧ в дру-  
гом учреждении; планирую беременность; другое:

---

**Если у Вас был сексуальный контакт с ВИЧ-положительным партнером, то этот партнер является:** постоянным (менее 6 мес);

постоянным (более 6 мес); бывшим, случайным

**Если Ваш постоянный партнер ВИЧ-положительный, как давно Вы знаете о его ВИЧ-статусе:** менее 1 месяца; от 1 до 6 месяцев;

более 6 месяцев

7. **Сколько у Вас было половых партнеров за последние 12 месяцев:**

\_\_\_\_\_

8. **Как часто Вы используете презервативы при половых контактах:** применяю при каждом половом контакте; использую, но не всегда; не применяю  
**Укажите причину, если не используете презерватив:** нет в наличии; покупать презервативы дорого; не хочу снижать удовольствие; нежелание партнера использовать презерватив; постоянный партнер; употребление алкоголя; планирую беременность; у партнера ВИЧ; другое \_\_\_\_\_
9. **Когда в последний раз у Вас был сексуальный контакт без презерватива, в том числе с постоянным партнером:** \_\_\_\_\_
10. **Есть ли среди Ваших половых партнеров (в том числе, в прошлом) те, кто:** употребляет внутривенно наркотики; занимается коммерческим сексом; имеет множественные половые контакты
11. **Имели ли Вы сексуальные контакты с лицами своего пола:** да; нет
12. **Проводилось ли Вам переливание крови:** да; нет  
в каком году \_\_\_\_\_
13. **Вы когда-нибудь употребляли внутривенно наркотики:** да; нет  
**Если «да», когда в последний раз использовали нестерильные инструменты:** \_\_\_\_\_
14. **Бывали ли Вы в местах лишения свободы:** да; нет,  
в каком году освободились: \_\_\_\_\_
15. **Вы уже сдавали кровь на ВИЧ-инфекцию:** да; нет  
**Если «да», укажите, когда был последний анализ: \_\_\_\_\_, с каким результатом (подчеркните):** «отрицательный», «положительный», «неопределенный», не получил/а
16. **Где Вы сдавали кровь на ВИЧ-инфекцию:** в Центре СПИД, в КВД, в пол-ке, в больнице, в жен.конс-и, в тюрьме, в наркол.отд-и, в др. учр-и \_\_\_\_\_, в городе \_\_\_\_\_
17. **Как Вы оцениваете свои риски заражения ВИЧ-инфекцией:** нет риска; минимальный риск; средний риск; высокий риск



## ЧТО ВЫ ЗНАЕТЕ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Через какие биологические жидкости можно заразиться ВИЧ-инфекцией?**

*(отметьте все правильные на Ваш взгляд ответы)*

- слюна       пот       грудное молоко  
 моча       сперма       слезы  
 кровь       вагинальный секрет

**1. Постоянное использование презерватива в сексуальных контактах:**

*(отметьте все правильные на Ваш взгляд ответы)*

- защищает от инфекций, передающихся половым путем (сифилис, гонорея, герпес, хламидии и др.)  
 защищает от гепатитов В и С  
 защищает от ВИЧ-инфекции  
 предохраняет от нежелательной беременности  
 освобождает от тревоги после сексуального контакта  
 не снижает удовольствие во время сексуального контакта  
 не защищает от инфекций, передающихся половым путем

**2. Можно ли по внешнему виду человека понять,**

**что он ВИЧ-инфицирован:**      да;      нет;      не знаю

**3. Следует ли опасаться заражения ВИЧ в быту (приготовление пищи, использование общих предметов):**      да;      нет;      не знаю

**4. Знаете ли Вы, что такое инкубационный период («период окна», то есть скрытый период, когда в крови не выявляется ВИЧ, хотя человек уже является ВИЧ-инфицированным):**      да;      нет;      не знаю

**5. Укажите максимальный срок периода окна:** 2 месяца; 3 месяца; 6 месяцев; 1 год; более 1 года; не знаю

**6. Существует ли поддерживающее лечение/терапия ВИЧ-инфекции:**

да; нет; не знаю

**7. Можно ли полностью вылечить ВИЧ-инфицированного человека:**

да; нет; не знаю

**8. Сколько лет можно прожить с ВИЧ-инфекцией:**

1–5 лет; 1–10 лет; 1–15 лет; неопределенно долго; не знаю

**9. Могут ли ВИЧ-инфицированные люди иметь детей без ВИЧ-инфекции:**      да;      нет;      не знаю

10. Существует ли уголовная ответственность за намеренное заражение ВИЧ-инфекцией полового партнера:      да;      нет;      не знаю
11. Всегда ли происходит заражение ВИЧ при половом контакте без презерватива с ВИЧ-инфицированным партнером:  
да;      нет;      не знаю
12. Из каких источников Вы получили информацию о ВИЧ: брошюры; журналы; лекции; телевидение; интернет; медицинские работники; знакомые; партнеры; родители

После консультации в каб. 109, сдать кровь Вы можете в каб. № 107

### Приложение 3

#### КОНСУЛЬТАНТ АНОНИМНОГО КАБИНЕТА

(Ф.И.О) \_\_\_\_\_

Дата консультации: \_\_\_\_\_ КОД: \_\_\_\_\_ № анализа (ИФА) \_\_\_\_\_

Пациент получил положительный результат на антитела к ВИЧ.

#### **Проведено послетестовое консультирование.**

- Имеет с собой паспорт, сопровождается в регистратуру для постановки на ДУ.
- Не готов в данный момент встать на ДУ, так как:
  - Нет паспорта с собой
  - Нет времени
  - Хочет пересдать тест
  - Не верит в анонимность
  - Находится в стрессе
  - Другое \_\_\_\_\_
- Нет возможности встать на учет, так как:
  - Нет гражданства РФ
  - Нет регистрации в СПб
  - Утрачены документы

Пациент ознакомлен с режимом работы лечебного учреждения, с правилами постановки на ДУ. Ориентирован на динамическое наблюдение в Центре СПИД.

Раскрыть диагноз готов / не готов (кому):

---

Заключение по состоянию:

---

---

---

---

Приложение 4

ПРОГРАММА 3-х ДНЕВНОГО СЕМИНАРА-ТРЕНИНГА  
ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТОВ ПО ПКТ

№ п/п	Тема занятий	Содержание	Время (акад. час)
1.	Представление преподавателей и участников, анкетирование	Имя, организация, специальность, личные ожидания от семинара.	1
2.	Подходы к профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП и связанные с ними вопросы. Роль ПКТ среди методов профилактики	Понятие первичной, вторичной и третичной профилактики. Универсальные профилактические вмешательства. Принципы, базовые понятия консультативной помощи при тестировании на ВИЧ/ИППП.	1,5
3.	Обзор достижений в мировой практике до- и послетестового консультирования при ВИЧ и ИППП	Обзор по результатам международных исследований в области ДКТ. Модели поведенческих вмешательств по снижению поведенческого риска. Обзор международных исследований в области ВИЧ за последний год.	2
4.	Риски и защитные факторы, их взаимодействие	Обзор методов, предупреждающих заражение ВИЧ-инфекцией. Примеры оценок и специфических факторов риска и защиты в описании случаев тестирования на ВИЧ/ИППП: при сексуальном поведении, при перинатальном контакте матери и ребенка, при внутривенном употреблении ПАВ. Упражнение: «Контролирование риска — выбор вариантов действия».	2

Продолжение приложения 4

1	2	3	4
5.	Что могут сделать психологи для профилактики ВИЧ-инфицирования и в помощь ВИЧ-инфицированным?	Описание практики работы психолога в Центре СПИД в области первичной и вторичной профилактики передачи ВИЧ-инфекции.	1,5
6.	Барьеры для принятия решения в отношении ВИЧ/СПИДа	Описание барьеров для принятия решения в отношении ВИЧ/СПИДа.	1,5
7.	Мотивационное интервьюирование (МИ)	Обучение технологии МИ на примере помощи наркопотребителям для осознания и изменения рискованного поведения.	1,5
8.	Как задать неудобные вопросы и обучать правилам безопасного сексуального контакта	Тренинг навыков правильного использования мужского презерватива. Женский презерватив: преимущества и недостатки. Методы повышения потребления презервативов. Обсуждение сексуального поведения. Ролевая игра: «Оценка сексуального риска».	2
9.	Психологические и социальные последствия отрицания диагноза ВИЧ-инфекции	Психологическая коррекция искаженно-го представления о течении заболевания и современных возможностях медицины в лечении ВИЧ-инфекции. Отсроченное постестовое консультирование.	2
10.	Ошибки консультанта. Стоит ли делить «исключения» из правил?	Примеры ошибок консультантов ПКТ, обусловленные случаями в большой группе.	1,5
11.	Само-эффективность (СЭ). Роль установок в практике безопасного поведения	Знакомство с теорией и практикой по СЭ. Базовая шкала СЭ. Шкала СЭ по использованию презерватива.	1,5

Окончание приложения 4

1	2	3	4
		<p>Работа в подгруппах: вопросы по СЭ для устного использования в рамках ПКТ; опросник для самоотчета СЭ в рамках ПКТ; тренинг по СЭ.</p>	4
12.	<p>Проблемы ДКТ в условиях лечебно-профилактических учреждений</p>	<p>Особенности проведения ПКТ в Центре СПИД, КВД, женской консультации. Роль ПКТ в период беременности и родов. Аргументация для принятия решения о сохранении беременности, знакомство больных с услугами СПИД-сервисных организаций.</p>	1,5
13.	<p>Связь спидофобии со стигмой, особенностями консультирования людей, испытывающих страх заражения ВИЧ-инфекцией</p>	<p>Обсуждение природы спидофобии: признаки, симптомы, классификация, факторы. Обзор научных представлений о спидофобии как социальном явлении.</p>	2
14.	<p>Консультирование по раскрытию ВИЧ-статуса</p>	<p>Возможности благоприятного раскрытия ВИЧ-статуса партнеру. Этически обособанное консультирование партнеров.</p>	1,5
15.	<p>Оптимизация ПКТ в конкретных условиях</p>	<p>Создание и представление программ по улучшению ПКТ в конкретных условиях (ЛПУ, НГО): работа в подгруппах.</p>	2
16.	<p>Тестирование учащихся</p>		1

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Барина А.Н., Плавинский С.Л., Ерошина К.М., Кубасова К.А.* Группы риска как основной источник заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), в Российской Федерации // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2012.— Т. 4, № 4.— С. 97–102.
2. *Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В.* Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей.— М.: 2003.— 77 с.
3. *Беляков Н.А., Виноградова Т.Н.* Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2011.— Т. 3, № 4.— С. 7–17.
4. *Бондаренко А.Ф.* Психологическая помощь: теория и практика.— Изд. 3-е испр. и доп.— М.: «Класс», 2001 г.— 336 с.
5. *Вехова Е.В., Комарова М.В., Садыкова Г.Б., Струкова Е.А.* Оценка информированности молодого поколения о факторах риска инфицирования ВИЧ как один из методов популяционной профилактики в регионе с высоким уровнем пораженности населения // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2013.— Т.5, № 2.— С. 117–121.
6. *Виноградова Т.Н., Лисицина З.Н., Крутицкая Л.И., Ершова И.А., Маклакова В.А., Сизова Н.В., Дубикайтис П.А.* Возможности и необходимость оптимизации скрининга населения на ВИЧ-инфекцию // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2012.— Т.4, №2.— С.101–108.
7. Вирус иммунодефицита человека – медицина / Под редакцией *Н.А. Белякова и А.Г. Рахмановой.* 2-е издание. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011.— 656 с.
8. ВИЧ – медико-социальная помощь. Руководство для специалистов. Под редакцией *Н.А. Белякова.* – СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011.— 356 с.
9. ВИЧ и психическое здоровье / Под ред. *Н.А. Белякова и В.В. Рассохина* // Медицинский тематический архив. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр.— 2013.— 142 с.
10. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство / Под ред. *В.В. Покровского.*— М.: ГЕОТАР Медиа, 2013.— 608 с.
11. *Волова Л.Ю., Никитина Д.В.* Результаты социологических исследований среди осужденных, отбывающих наказание в системе УФСИН России по ЯНАО (г. Лабытнанги, п. Харп) по проблемам ВИЧ/СПИДа в 2004–2010 гг. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2011.— Т.3, № 1.— С. 80–84.

12. *Гиясова Г.М.* Социально-демографическая характеристика женщин, оказывающих интимные услуги за вознаграждение, до и после проведения превентивных мероприятий по ВИЧ/СПИДу // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2011.— Т.3, № 1.— С. 76–79.
13. *Грановская Р.М.* Элементы практической психологии. 6-е изд.— СПб.: Речь, 2010.— 656 с.
14. *Гришина Ю.Ю., Мартынов Ю.В., Кухтевич Е.В.* Значение полового пути в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2013.— Т.5, № 2.— С. 122–126.
15. *ДиКлементе Р.Дж., Браун Д.Л.* Улучшение соблюдения режима антиретровирусной терапии и безопасности полового поведения у ВИЧ-инфицированных женщин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2012.— Т. 4, № 2.— С.35–44.
16. Женщина, ребенок и ВИЧ / Под ред. *Н.А. Белякова, Н.Ю. Рахманиной и А.Г. Рахмановой.*— СПб.: Балтийский мед. образовательный центр, 2012.— 600 с.
17. *Жолобов В.Е.* Концепция, структурно-функциональная модель и принципы службы профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями в мегаполисе // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях.— 2011.— №1.— С.69–73.
18. *Йорик Р.В., Крыга Л.Н., Волкова Г.В. Кольцова О.В., Боголюбова О.Н., Хиллис С., Киссин Д.* Оценка рискованного поведения учащихся-сирот и учащихся, проживающих в общежитиях // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2009.— Т. 1, № 1.— С. 94–101.
19. Клиническое руководство Колумбийского университета: учеб. руководство // *М. Рабкин, Вафаа Эль-Садр, Элейн Эйбрамз.*— Междунар. центр программ по СПИДу, Ин-т общественного здравоохранения им. Мэйлмэна Колумбийского университета.— 2004.— 315 с.
20. *Ковтак Д.В.* Страхи, тревоги, фобии. Как от них избавиться? Практическое руководство психотерапевта.— Изд:«Наука и техника», 2012.— 285 с.
21. *Кольцова О.В., Гайсина А.В., Рыбников В.Ю., Рассохин В.В.* Скрининговая оценка уровня дистресса и выраженности психопатологических симптомов у ВИЧ-инфицированных пациентов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2013.— Т.5, № 2.— С. 35–41.
22. *Кольцова О.В., Рыбников В.Ю., Рассохин В.В.* О программе психологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией в Центре СПИД / Ананьевские



- чтения— 2013. Психология в здравоохранении: Материалы научной конференции, 22–24 октября 2013 г. / отв. Ред. О.Ю. Щелкова.— СПб.: Скифия-принт.— С. 292–294.
23. *Кольцова О.В., Яковлева Н.Л., Рассохин В.В., Швед А.Г.* Социальные и поведенческие особенности людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2011.— Т.3, №4.— С.75–80.
24. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для медицинских работников.— М.: Здоровая Россия 2020.— 2005.— 109 с.
25. Консультирование до и после теста на ВИЧ.— М.: СПИД Фонд Восток-Запад, 2006.— 120 с.
26. Консультирование до и после теста на ВИЧ. Руководство для врачей.— М.: Права человека.— 2007.— 115 с.
27. *Латышева И.Б., Додонов К.Н., Воронин Е.Е., Рахманова А.Г.* Перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2012.— Т.4, № 3.— С. 71–77.
28. *Левина О.С., Рыбников В.Ю.* Социальные и индивидуальные риски распространения ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2013.— Т. 5, № 1.— С.102–109.
29. *Лиознов Д.А., Николаенко С.Л., Жигалов А.А., Горчакова О.В., Сабадаш Н.В., Алексеева Е.А.* Стигматизация у больных с ВИЧ-инфекцией и сопутствующей опишной наркоманией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2012.— Т.4, № 3.— С. 52–56.
30. Медико-психологические проблемы и социальная адаптация ВИЧ-положительных подростков: Отчет о качественном исследовании.— М.: Аналитический Центр Юрия Левады, 2009.— 42 с.
31. Методы практической социальной психологии: Диагностика. Консультирование. Тренинг: учеб. пособие для вузов / *Ю.М. Жуков, А.К. Ерофеев, С.А. Лунатов и др.; под ред. М.Ю. Жукова.*— М.: Аспект Пресс, 2004.— 256 с.
32. Митрополит Сурожский Антоний. Труды.— М.: «Практика», 2002.— 1080 с.
33. *Мусатов В.Б., Якубенко А.Л., Тыргина Т.В.* Поздно выявленные случаи ВИЧ-инфекции среди госпитальных пациентов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2010.— Т.2, №3.— С.88–95.
34. *Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Колчев А.И., Лытаев С.А.* Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики.— СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005.— 320 с.

35. *Пантелеева О.В., Рассохин В.В., Романова С.Ю., Федоров П.Н., Минин П.В., Колтацкова Е.Ю.* Медико-социальный портрет больных с хроническими гепатитами и ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2011.— Т.3, № 1.— С. 72–75.
36. Раскрытие эпидемии ВИЧ/СПИДа. Руководство по благоприятному раскрытию, этически обоснованному консультированию партнеров и надлежащему использованию отчетности о случаях ВИЧ,— ЮНЕЙДС/ВОЗ: Женева, 2001.— 51 с.
37. *Рахманова А.Г., Ястребова Е.Б., Самарина А.В.* Организация и результаты медико-социальной помощи женщинам и детям, живущим с ВИЧ / Под. Ред. Н.А. Белякова и А.В. Самариной // Профилактика перинатальной передачи ВИЧ: ВИЧ/СПИД— информационно-аналитический бюллетень. СПб: Балтийский медицинский образовательный центр,— 2012/№3.— С. 3–24.
38. *Ромм М.В.* Философия и психология адаптивных процессов: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений.— М.: Изд-во Московского психолого-социального института, Воронеж: «МОДЕК», 2006.— 296 с.
39. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях.— Всемирная организация здравоохранения, 2007.— 68 с.
40. *Сафонова П.В., Рассохин В.В., Беляков А.Н., Никитин П.В., Клиценко О.А., Беляков Н.А.* Формирование и расширение популяции социально-адаптированных мужчин, живущих с ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2013.— Т.5, № 3.— С. 93–99.
41. *Сандберг Н., Уайнберг А., Таплин Дж.* Клиническая психология. Теория, практика, исследования.— СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2007.— 383 с.
42. *Соммерз-Фланаган, Дж., Соммерз-Фланаган Р.* Клиническое интервьюирование. 3-е издание.: Пер. с англ.— М.: Издательский дом «Вильямс», 2006.— 672 с.
43. *Тайц Б.М.* Организационные технологии профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2010.— Т.2, №2.— С. 7–16.
44. *Ткаченко Т.Н., Фишман Б.Б., Фоменко Л.А., Леонтьева Е.П.* Характеристика психологического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2010.— Т.2, № 1.— С. 65–69.

45. *Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Р.В.Скочиллов Р.В., Батлук Ю.В.* ВИЧ-инфекция. Психологические и социальные основы исследований и превенции.— СПб.: СПбГУ. Факультет психологии, 2012.— 104 с.
46. *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.: изд-во «Скифия-принт», 2010.— 120 с.
47. *Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Котлярова С.И., Федуняк И.П., Серезина А.С., Якубенко А.Л.* Социально-эпидемиологические аспекты ВИЧ-инфекции у бездомных лиц в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.— 2010.— Т.2, № 4.— С. 61–66.
48. *Arasteh K., Weiss R.* Buch gegen die Panik. Leben mit der HIV-Infektion.— 8. Auflage— Edition Fassbinder, 2004.— 324 p.
49. *Brafford L.J., Beck K.H.* Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students // *J Am Coll Health*.— 1991.— Vol. 39(5).— P. 219–225.
50. *Bunnell RE, Nassozi J, Marum E, et al.* Living with discordance: knowledge, challenges, and prevention strategies of HIV-discordant couples in Uganda // *AIDS Care*.— 2005.— Vol. 17(8). P. 999–1012.
51. *Calderon Y, Leider J, Hailpern S, et al.* A randomized control trial evaluating the educational effectiveness of a rapid HIV posttest counseling video // *Sex Transm Dis*.— 2009.— Vol. 36(4). P. 207–10. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318191ba3f.
52. *Cremin I, Nyamukapa C, Sherr L, et al.* Patterns of self-reported behaviour change associated with receiving voluntary counselling and testing in a longitudinal study from Manicaland, Zimbabwe // *AIDS Behav*.— 2010 Vol. 14(3).— P. 708–15. doi: 10.1007/s10461-009-9592-4.
53. *Christofides N, Jewkes R.* Acceptability of universal screening for intimate partner violence in voluntary HIV testing and counseling services in South Africa and service implications // *AIDS Care*.— 2010.— Vol. 22(3).— P. 279–85. doi: 10.1080/09540120903193617
54. *Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, et al.* Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries // *Cochrane Database Syst Rev*.— 2012.— Vol. 12;9: CD001224. doi:10.1002/14651858.CD001224.pub4.
55. *Kelly J.A.* Changing HIV Risk Behavior: Practical Strategies. Treatment Manuals for Practitioners.— New York: Guilford Press, 1995.— 159 p.

56. *Li YL, Li TS, Xie J, et al.* An analysis of clinical characteristics of forty-six AIDS phobia patients // *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.*— 2011.— Vol. 50(8).— P. 650–653.
57. *Matovu JK, Gray RH, Kiwanuka N, et al.* Repeat voluntary HIV counseling and testing (VCT), sexual risk behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda // *AIDS Behav.*— 2007.— Vol. 11(1).— P. 71–8.
58. Med-Info HIV-Pravention // Deutsche AIDS-hilfe. URL: <http://www.aidshilfe.de/de/shop/med-info-hiv-praevention-update-2010> (дата обращения 23.12.2013).
59. *Menzies N, Abang B, Wanyenze R, et al.* The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda // *AIDS.*— 2009.— Vol. 23(3).— P. 395–401. doi: 10.1097/QAD.0b013e328321e40b.
60. *Miller E.* The use of culture in the making of AIDS neurosis in Japan // *Psychosomatic medicine.*— 1998.— Vol. 60.— P. 402–409.
61. *Moodley D., Esterhuizen T.M., Pather T. et al.* Высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией – веская причина для проведения повторных исследований / *AIDS, русское издание.*— 2009.— Т. 2, №3.— С. 253–257.
62. *Mulogo E.M., Abdulaziz A.S., Guerra R. et al.* Self reported risk reduction behavior associated with HIV counseling and testing: a comparative analysis of facility- and home-based models in rural Uganda // *AIDS Care.*— 2013.— Vol. 25(7).— P. 835–42.
63. *Riccio M., Thompson C.* Pseudo-AIDS, AIDS panic or AIDS phobia? // *The British Journal of Psychiatry.*— 1987.— Vol. 151.— P. 863.  
<http://pubmed.cn/search?q='The%20British%20journal%20of%20psychiatry%20:%20the%20journal%20of%20mental%20science'%5bjournal%5d>
64. *Sanders L.B.* Women's voices: the lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. / *J. Assoc Nurses AIDS Care.*— 2008.— Vol. 19(1).— P. 47–57.
65. *Willem A. Arrindell, Michael W. Ross, K. Robert Bridges, et al.* Fear of AIDS: are there replicable, Invariant questionnaire dimensions // *Adv.Behav.Res.Ther.*— 1989.— Vol.11.— P. 69–115.
66. *William I. Johnston.* HIV-Negative: How the Uninfected Are Affected by AIDS.— New York: Insight Books-Plenum Press, 1995. URL: <http://world.std.com/~wij/hiv-neg/Contents.html> (дата обращения 24.12.2013).

Редакторы: М. В. Русанова  
Оригинал-макет: К. Н. Жевняк

Издательство «Балтийский медицинский образовательный центр»  
191014, Санкт-Петербург, Литейный пр, д. 55а, лит. А

Подписано в печать 02.04.2014 г. Формат 60×84<sup>1</sup>/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Литературная. Печать офсетная. Печ. л. 5,25. Тираж 2000 экз.

Отпечатано в ООО «РИП-СПБ», Санкт-Петербург