

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДа В ДЕТСКО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Учебное пособие для студентов
педагогических вузов

**ООО «Фирма «ВАРИАНТ»
Москва
2006**

*Данная публикация подготовлена и издана
в рамках проекта «Координация в действии» в Российской Федерации
при финансовой поддержке Бюро ЮНЕСКО в г. Москве,
Министерства международного развития Великобритании (DFID),
Шведского агентства международного сотрудничества в области развития (SIDA),
а также при содействии Департамента государственной молодежной политики,
воспитания и социальной защиты детей Минобрнауки РФ*

Авторский коллектив:

*Шипицына Л. М., д. б. н., проф., заслуж. деят. науки РФ;
Гуревич К. Г., д. м. н., проф.; Шпиленя Л. С., д. м. н., проф.;
Мартынов Ю. В., д. м. н., проф.; Сирота Н. А., д. м. н., проф.;
Ялтонский В. М., д. м. н., проф.;
Гусева Н. А., к. п. н.; Башкина Ю. Д., ст. преп., психолог;
Солнцева Н. Е., ст. преп., психолог*

Профилактика ВИЧ/СПИДа в детско-молодежной среде: Учебное пособие для студентов педагогических вузов / Под ред. К. Г. Гуревича, Л. М. Шипицыной. — М., 2006. — 80 с.: ил.

ISBN 5-901842-31-6

В пособии рассматриваются исторические, эпидемиологические и клинические особенности ВИЧ/СПИДа, основные пути его распространения: инъекционный, половой, вертикальный. Предлагаются модели профилактики ВИЧ-инфекции и организация дифференцированного подхода в ее проведении с разными группами несовершеннолетних с учетом возрастных, гендерных и личностных особенностей.

УДК 616.9

*Мнения, высказанные в настоящей публикации, отражают точку зрения авторов
и не обязательно совпадают с официальной позицией ЮНЕСКО, DFID и SIDA*

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Основы научных знаний о ВИЧ/СПИДе	5
1.1. Общие сведения об иммунитете человека и ВИЧ-инфекции	5
1.2. История развития ВИЧ-инфекции	8
1.3. Структура ВИЧ	8
1.4. Воздействие ВИЧ-инфекции на иммунную систему	9
1.5. Развитие ВИЧ-инфекции	10
1.6. Принципы диагностики и лечения ВИЧ-инфекции	11
2. Основы эпидемиологии, способы и пути передачи ВИЧ-инфекции.....	13
2.1. Эпидемиология и основные тенденции распространения ВИЧ/СПИДа..	13
2.2. Основные пути, способы и группы риска заражения ВИЧ-инфекцией....	19
3. Концептуальная основа и модели профилактики	
ВИЧ/СПИДа в обществе.....	25
3.1. Ключевые элементы программы профилактики ВИЧ/СПИДа	25
3.2. Стратегии профилактической работы	26
3.3. Основные направления и виды профилактики ВИЧ-инфекции	27
3.4. Теоретические концепции профилактики	29
3.5. Основные группы профилактического вмешательства	32
4. Основы профилактики ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних	
и молодежи в образовательной среде	35
4.1. Система профилактики ВИЧ/СПИДа в России: проблемы и перспективы	35
4.2. Основы профилактической работы со здоровыми учащимися.....	39
4.3. Профилактика ВИЧ в младшей возрастной группе учащихся.....	42
4.4. Профилактика ВИЧ среди подростков и молодежи.....	48
4.5. Формы и методы профилактической работы.....	53
4.6. Организация профилактической работы с семьями здоровых и проблемных учащихся	58
4.7. Основы психолого-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных и членов их семей.....	60
4.8. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных.....	61
Литература	73

ВВЕДЕНИЕ

В современной России отмечаются самые быстрые темпы роста числа ВИЧ-инфицированных после африканских государств, расположенных к югу от Сахары. К настоящему времени ВИЧ-инфекция зарегистрирована на всех административных территориях Российской Федерации. По данным, представленным Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, половина случаев ВИЧ/СПИДа фиксируется среди людей моложе 25 лет, т. е. преимущественно в молодежной среде.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время ВИЧ-инфекция не ограничивается только маргинальными группами населения, такими как потребители инъекционных наркотиков или коммерческие «секс-работники», но распространяется среди широких слоев населения, и прежде всего в молодежной среде. То есть ВИЧ-инфекция выходит за пределы традиционных групп риска. Так, статистические данные свидетельствуют об изменении полового соотношения носителей. Если в 1998 г. на 7 ВИЧ-инфицированных мужчин приходилась одна женщина, то сейчас доля женщин среди зараженных составляет 30%. Эти цифры являются косвенным свидетельством того, что гетеросексуальный путь распространения ВИЧ-инфекции становится более актуальным.

Отсутствие вакцин для специфической профилактики ВИЧ-инфекции и высокая стоимость лечения СПИДа обуславливают приоритетную роль профилактики данного заболевания. Поэтому в сфере профилактики асоциальных явлений среди несовершеннолетних особое внимание уделяется превентивному обучению в рамках образовательных программ. Именно молодежь является группой населения с высокой вероятностью заражения ВИЧ и основной фокус-группой профилактических мероприятий, проводимых образовательными учреждениями. При этом начало профилактической работы должно быть как можно более ранним, поскольку эффективной в направлении профилактики ВИЧ может считаться не столько информационно-просветительская работа, сколько целенаправленная деятельность по формированию ценности и навыков ведения здорового и безопасного образа жизни, что требует достаточно долгого времени.

Образовательное учреждение обладает рядом уникальных возможностей для проведения профилактической работы. В частности, оно имеет огромное влияние на формирование и развитие личности учащегося, доступ к семье несовершеннолетнего и механизмы воздействия на семейную ситуацию, располагает квалифицированными специалистами (педагогами, психологами, социальными работниками и др.), способными обеспечить ведение в образовательном учреждении эффективной профилактической работы.

Именно поэтому настоящее учебное пособие предназначено для обучения будущих педагогов профилактике ВИЧ/СПИДа в детско-молодежной среде. Это первое отечественное издание в данной области. С учетом сложности создания подобных учебных пособий авторы с благодарностью примут любые замечания и дополнения, касающиеся его структуры и содержания.

1. ОСНОВЫ НАУЧНЫХ ЗНАНИЙ О ВИЧ/СПИДЕ

1.1. Общие сведения об иммунитете человека и ВИЧ-инфекции

Давно выйдя за рамки сугубо медицинской проблемы, ВИЧ-инфекция становится предметом изучения всех, кто в той или иной мере сталкивается с воспитанием молодого поколения. Педагоги и психологи все чаще вынуждены сталкиваться с такими понятиями, как ВИЧ-инфекция, иммунодефицит, СПИД. Именно поэтому специалистам, работающим в образовательной сфере, необходимо обладать основными знаниями об этом заболевании, его распространении, путях передачи, диагностике и лечении. Некомпетентность педагога в этих вопросах может свести на нет даже самую лучшую профилактическую программу.

Изучение влияния ВИЧ-инфекции на организм человека невозможно без понимания тех процессов, которые происходят в иммунной системе.

1.1.1. Иммунитет

Иммунология — наука, занимающаяся изучением иммунной системы здорового человека, ее изменениями при различной патологии. Основным предметом изучения иммунологии как раздела медицины является такое понятие, как иммунитет.

Иммунитет — способ защиты организма от чужеродного биологического материала. Этот материал может быть как внешнего происхождения (экзогенной природы), так и внутреннего происхождения (эндогенной природы). Примером биологического материала экзогенной природы могут служить бактерии, вирусы, а эндогенной — опухолевые клетки. Биологический смысл иммунной защиты — обеспечение генетической целостности организма

Организм человека использует для своей защиты от чужеродных агентов различные физиологические механизмы, которые можно разделить на две группы: неспецифические и специфические.

1.1.1.1. Неспецифические факторы иммунной защиты

Защитные функции факторов неспецифической иммунной защиты лишены избирательности и направлены на все чужеродные агенты. Условно их можно разделить на четыре типа:

- физические (анатомические) барьеры;
- физиологические барьеры;
- клеточные факторы;
- факторы воспаления.

Физические барьеры

Одно из существенных препятствий для проникновения возбудителя во внутреннюю среду организма — кожные покровы. Помимо того, что кожа выполняет

механическую, барьерную функцию, она существенно подавляет колонизацию и размножение микроорганизмов за счет присутствия в потовых выделениях молочной и жирных кислот. Другим физическим препятствием являются слизистые оболочки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Кроме того, большую роль играют секреты слизи, слезных и слюнных желез.

Физиологические барьеры

Этот тип защиты включает температуру тела, рН и различные растворимые факторы. Так, резистентность кур к возбудителю сибирской язвы обусловлена температурой их тела — 41—42 °С, при которой возбудитель прекращает размножаться. Низкие значения рН желудочного сока — серьезный защитный фактор, поскольку лишь немногие микроорганизмы способны выживать в кислой среде. Растворимые факторы — лизоцим, интерферон, комплемент — также обуславливают естественную невосприимчивость к болезнетворным микроорганизмам. Лизоцим — гидролитический энзим секретов слизи — способен разрушать клеточную стенку бактерий. Интерфероны — группа белков, подавляющих размножение вирусов.

Клеточный фактор, или эндоцитоз, — реакция клеток, направленная на поглощение и переваривание растворимых соединений, а также чужеродных или структурно измененных собственных клеток. Поглощение и переваривание бактерий, крупных вирусов, отмирающих собственных клеток организма или чужеродных клеток осуществляется макрофагами и нейтрофилами и называется **фагоцитоз**.

Реакция воспаления, являясь неспецифическим защитным фактором, направлена на локализацию и уничтожение микроорганизмов в месте внедрения.

1.1.1.2. Специфические факторы иммунной защиты

Наряду с наличием неспецифических факторов, внутренняя среда организма защищена от проникновения чужеродных агентов механизмами **специфического иммунного ответа**. Эти механизмы приобретаются организмом после контакта с конкретным чужеродным веществом — «антигеном». Основные защитные функции иммунной системы — распознавание и элиминацию чужеродных макромолекул — осуществляют иммунокомпетентные клетки (лимфоциты), а также продуцируемые ими макромолекулы — антитела (иммуноглобулины).

Специфичность ответа реализуется через синтез антител и формирование клонов лимфоцитов, способных взаимодействовать только с одной из множества антигенных детерминант, чужеродных для данного организма. Упрощенная формула иммунологической специфичности следующая: один антиген — одно антитело, один клон лимфоцитов.

Характерной особенностью иммунитета является его индуцибельность. В условиях нормы функциональная активность клона лимфоцитов очень незначитель-

на. Специфические антитела либо полностью отсутствуют, либо их количество крайне мало. Контакт организма с антигеном провоцирует как продукцию соответствующих антител, так и функциональное созревание специфического клона клеток.

Еще один существенный признак специфической иммунной защиты связан со способностью сохранять память о первой встрече с антигеном. Это свойство иммунной системы лежит в основе вакцинации.

Уровни специфического иммунного ответа

На *клеточном уровне* в развитии специфического иммунного ответа принимают участие три основных типа клеток: В-лимфоциты, Т-лимфоциты и макрофаги.

Определяющая роль в иммунитете принадлежит Т-лимфоцитам. Среди Т-лимфоцитов различают цитотоксические Т-лимфоциты (осуществляют реакции клеточного иммунитета), Т-хелперы (индуцируют продукцию антител В-лимфоцитами) и Т-супрессоры (регулируют деятельность Т- и В-лимфоцитов). Т-лимфоциты разрушают чужеродные клетки (опухолевые, вирусотрансформированные клетки и др.) при непосредственном контакте.

Распознавание чужеродных клеток осуществляется антигенраспознающими Т-клеточными рецепторами, расположенными на поверхности Т-лимфоцитов. Т-лимфоциты различаются не только функционально, но и по наличию у них специфических маркеров дифференцировки, или корецепторов: CD8 — у ЦТЛ (цитотоксических лимфоцитов) и супрессоров; CD4 — у Т-хелперов.

Роль В-лимфоцитов в иммунитете определяется их участием в формировании гуморального иммунного ответа посредством продукции специфических иммуноглобулинов пяти классов: IgA, IgM, IgG, IgD, IgE. Иммуноглобулины различных классов имеют свои особенности. Так, антитела, относящиеся к IgM, появляются в самой ранней стадии первичной реакции организма на внедрение антигена и наиболее активны в отношении многих бактерий. IgM составляют 3—10% от общего количества иммуноглобулинов человека. Антитела класса IgG (70—80%) образуются на второй неделе от начала первичного антигенного воздействия. При повторной инфекции антитела вырабатываются значительно раньше (в силу иммунологической памяти к соответствующему антигену). Во фракциях IgA (около 15%) также найдены антитела против некоторых бактерий, вирусов и токсинов, но их основная роль заключается в формировании местного иммунитета. В большой концентрации IgA содержатся в секретах дыхательного, пищеварительного тракта, молозиве.

Органный уровень указывает на «место действия» формирующегося иммунного ответа. Так, лимфоидную и кроветворную системы объединяют в единый лимфомиелоидный комплекс. В него входят: костный мозг, тимус, селезенка, лимфатические узлы, лимфоидные образования слизистых покровов, соединительная ткань. Все эти органы и ткани объединены между собой сетью кровеносных и лимфатических сосудов.

Костный мозг оценивается как первичный орган иммунной системы, поскольку является источником В-клеток для вторичных лимфоидных образований (селезенки и лимфатических узлов).

В тимусе, расположенном у млекопитающих в грудной клетке непосредственно за грудиной, происходит дифференцировка Т-лимфоцитов на субпопуляции.

Лимфатические узлы представляют собой периферические отделы иммунной системы организма и служат для развития иммунного ответа после взаимодействия Т- и В-клеток с антигеном и между собой.

1.2. История развития ВИЧ-инфекции

В 1981 г. в ряде городов США была зарегистрирована вспышка грибкового инфекционного заболевания. Эпидемиологический анализ показал, что заболевание распространяется среди лиц, имеющих интимные контакты с инфицированным. В основе заболевания лежало резкое ослабление иммунитета, приведшее к развитию грибковой инфекции. Неизвестную ранее форму ослабления работы иммунной системы стали обозначать как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД).

В 1983 г. Роберт Гало и Люк Монтанье одновременно доложили о выделении нового вируса из лимфатических узлов больных синдромом приобретенного иммунодефицита. В 1987 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла название найденного вируса — «вирус иммунодефицита человека» (ВИЧ).

В настоящее время описано 2 типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2, структурно похожих друг на друга, обладающих близкими биологическими свойствами. Это сходство позволяет предположить у них общего предка. Распространение ВИЧ-2 более интенсивно происходит в Африке, тогда как в Америке и Европе чаще встречается ВИЧ-1.

1.3. Структура ВИЧ

ВИЧ — это РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству ретровирусов. По морфологии, структуре и другим признакам ВИЧ относится к подсемейству лентивирусов, т. е. вирусов медленных инфекций. По данным электронной микроскопии, вирионы ВИЧ имеют округлую форму диаметром 100—120 нм. Наружная мембрана вируса построена из белков клетки-хозяина и пронизана собственными белками вируса, которые обозначены как оболочечные белки. Вирусная частица представляет собой ядро, окруженное оболочкой. Ядро содержит двойную вирусную РНК, обратную транскриптазу (ревертазу), интегразу, протеазу. Различают два основных белка оболочки — трансмембранный гликопротеин с молекулярной массой 41 кд (gp41) и внешний гликопротеин — 120 кд (gp120).

В естественных условиях ВИЧ может сохраняться:

- в высушенном биосубстрате в течение нескольких часов;
- жидкостях, содержащих большое количество вирусных частиц, таких как кровь и эякулят, в течение нескольких дней;
- замороженной сыворотке крови — до нескольких лет.

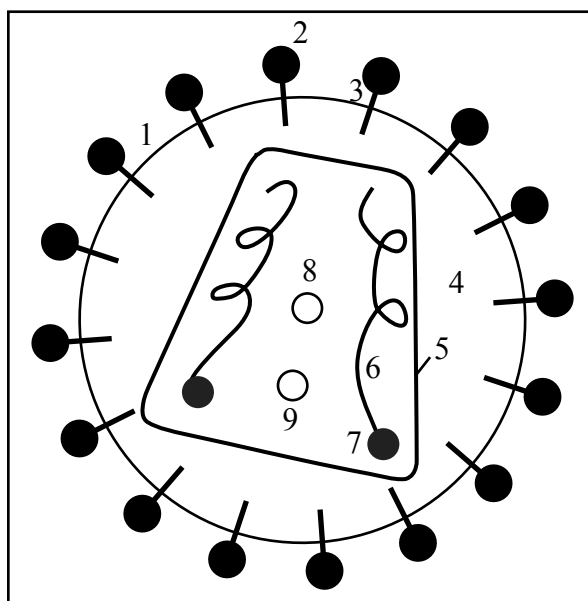


Рис. 1. Схема строения ВИЧ:

1 — мембрана вируса — это мембрана клетки человека; 2 — оболочечный белок gp120; 3 — трансмембранный компонент оболочечного белка gp41; 4 — матриксный белок (p17); 5 — оболочка нуклеоида (p24); 6 — геном ВИЧ — две молекулы одноцепочечной РНК. Ферменты ВИЧ: 7 — обратная транскриптаза (RT); 8 — интегразы и РНКазы Н; 9 — протеаза

Нагревание до температуры 56 °С в течение 30 мин приводит к снижению инфекционного титра вируса в 100 раз, при 70—80 °С вирус гибнет через 10 мин; через 1 мин инактивируется 70% этиловым спиртом; 0,5% раствором гипохлорита натрия; 1% глутаральдегидом; 6% перекисью водорода. ВИЧ относительно малочувствителен к УФ — облучению ионизирующей радиации.

1.4. Воздействие ВИЧ-инфекции на иммунную систему

Развитие ВИЧ-инфекции определяется двумя факторами: основным свойством ВИЧ — воздействовать на иммунную систему человека и иммунным ответом организма.

Попадая в организм человека, ВИЧ поражает различные органы и ткани, но в первую очередь клетки, несущие маркер CD4⁺. В цитоплазме пораженных клеток освобождается вирусная РНК, и с помощью фермента обратной транскриптазы на основе вирусной РНК синтезируется ДНК — копия, которая встраивается в ДНК клетки-хозяина (провирус). При каждом новом делении клетки все ее потомство содержит ретровирусную ДНК. В пораженной клетке начинают создаваться структурные элементы ВИЧ, из которых при помощи другого фермента — протеазы — собираются новые полноценные вирусы, в свою очередь поражающие новые клетки-мишени. С течением времени большинство зараженных клеток погибает.

Уменьшение клеток, несущих рецептор CD4⁺, приводит к ослаблению цитотоксической активности CD8⁺ Т-лимфоцитов, уничтожающих инфицированные вирусом клетки. В результате теряется контроль за клетками опухолей, а также за

проникающими в организм возбудителями бактериальных, вирусных, грибковых, протозойных и других инфекций (оппортунистических). Одновременно происходит нарушение функции В-лимфоцитов.

В начальных стадиях болезни в организме вырабатываются вируснейтрализующие антитела, которые подавляют свободно циркулирующие вирусы, но не действуют на вирусы, находящиеся в клетках (провирусы). С течением времени (обычно после 5—6 лет) защитные возможности иммунной системы истощаются, происходит накопление свободных вирусов в крови (возрастает так называемая «вирусная нагрузка»).

Оппортунистические инфекции, как правило, имеют эндогенное происхождение и возникают за счет активации собственной микрофлоры человека вследствие снижения напряженности иммунитета (например, эндогенная активация микобактерий туберкулеза из очагов Гона).

Цитопатическое действие ВИЧ приводит к поражению клеток крови, нервной, сердечно-сосудистой, костно-мышечной, эндокринной и других систем, что определяет развитие полиорганной недостаточности, характеризующейся разнообразием клинических проявлений и неуклонным прогрессированием ВИЧ-инфекции.

1.5. Развитие ВИЧ-инфекции

Для ВИЧ-инфекции характерно отсутствие специфической клинической картины, поэтому диагноз ставится на основании анамнеза в сочетании с рядом признаков лабораторной диагностики.

В своем развитии ВИЧ-инфекция проходит следующие стадии:

- стадию инкубации;
- стадию первичных проявлений;
- латентную стадию;
- стадию вторичных заболеваний;
- терминальную стадию.

Стадия инкубации — период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений острой инфекции и (или) выработки антител. Продолжительность этого периода составляет от 3 недель до 3 месяцев, в единичных случаях может затягиваться до года.

Стадия первичных проявлений может протекать в нескольких формах:

- бессимптомная;
- острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний;
- острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.

Латентная стадия, длительность которой может варьировать от 2—3 до 20 и более лет, в среднем — 6—7 лет. В этот период отмечается постепенное снижение CD4⁺ Т-лимфоцитов.

Стадия вторичных заболеваний, когда на фоне иммунодефицита развиваются вторичные (оппортунистические) заболевания. В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют 3 стадии (4А, 4Б, 4В).

Терминальная стадия (СПИД), когда имеющиеся у больных вторичные заболевания приобретают необратимое течение. Даже адекватно проводимая противоретровирусная терапия и терапия вторичных заболеваний неэффективны, и больной погибает в течение нескольких месяцев.

1.6. Принципы диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

1.6.1. Основы диагностики ВИЧ-инфекции

В России в настоящее время стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ (первый уровень диагностики) с помощью ИФА тест-систем. При положительной реакции ИФА проводят иммунный блоттинг для определения специфичности выявленных антител (второй уровень диагностики).

Временной интервал, в течение которого в организме ВИЧ-инфицированного в ИФА тест-системах не обнаруживаются антитела, называют периодом «окна». Обследование в этот период может дать отрицательный результат даже при наличии вируса в организме. Таким образом, для того чтобы быть уверенным в отрицательном результате теста, необходимо повторить исследование крови в ИФА через шесть месяцев после «опасной» ситуации, в результате которой могло произойти инфицирование ВИЧ.

1.6.2. Принципы лечения ВИЧ-инфекции

До настоящего времени терапия ВИЧ-инфекции остается сложнейшей и нерешенной проблемой, так как средств, позволяющих радикально вылечить больных ВИЧ-инфекцией, не существует. В связи с этим лечебные мероприятия направлены на предупреждение или замедление прогрессирования болезни.

В лечении ВИЧ-инфекции выделяют:

- антиретровирусную терапию;
- профилактику и лечение оппортунистических инфекций;
- патогенетическое лечение некоторых синдромов.

Антиретровирусная терапия позволяет добиться достоверного удлинения продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных и отдаления времени развития у них СПИДа.

Основные принципы такой терапии следующие:

- лечение необходимо начать до развития сколько-нибудь существенного иммунодефицита и проводить пожизненно;
- терапия проводится сочетанием трех-четырех противоретровирусных препаратов (такая тактика ведения больных ВИЧ-инфекцией обозначена как высокоактивная антиретровирусная терапия, сокращенно ВААРТ).

Эффективность лечения контролируют определением величины вирусной нагрузки и динамикой количества CD4⁺ Т-лимфоцитов. При неудовлетворительных результатах лечения проводят коррекцию терапии.

Тем не менее современная антиретровирусная терапия пока имеет существенные недостатки:

- высокая стоимость лечения;
- выраженные побочные эффекты;
- возможное развитие резистентности к применяемым препаратам;
- необходимость их частой смены;
- многолетнее применение большого количества лекарственных средств.

* * *

Контрольные вопросы и задания

Дайте определение иммунитета человека. В чем заключается основная функция иммунной системы?

Назовите факторы неспецифической защиты.

Назовите основные типы клеток, принимающих участие в иммунном ответе.

Перечислите стадии развития ВИЧ-инфекции. Какова длительность стадий ВИЧ-инфекции?

Какова стандартная процедура лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в России?

Назовите основные недостатки современной терапии ВИЧ-инфекции.

2. ОСНОВЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, СПОСОБЫ И ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

2.1. Эпидемиология и основные тенденции распространения ВИЧ/СПИДа

2.1.1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в мире

Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжается уже более 20 лет, поражая все большее число стран и континентов. Рассмотрим основные тенденции распространения данного заболевания.

В начале 80-х гг. прошлого века наибольшее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции приходилось на Центральную Африку и США, а к концу 2000 г. в эпидемию были вовлечены уже все континенты. Так, в странах Африки к югу от Сахары число взрослых и детей, существующих с ВИЧ/СПИДом, составило 25,3 млн. На Ближнем Востоке и севере Африки зарегистрировано 400 тыс. ВИЧ-инфицированных, а в Южной и Юго-Восточной Азии — 5,8 млн человек; 640 тыс. — в Тихоокеанском регионе и странах Восточной Азии. На американском континенте, включая страны Карибского бассейна, выявлено 2,36 млн больных ВИЧ-инфекцией; в странах Восточной Европы и Центральной Азии — 700 тыс., а в Западной Европе — 540 тыс. ВИЧ-инфицированных. В Новой Зеландии и Австралии зарегистрировано 15 тыс. больных ВИЧ-инфекцией.

Согласно экспертным оценкам ВОЗ на 2000 г. число новых случаев ВИЧ-инфекции в мире составило 53,1 млн. И что особенно важно ввиду рассмотрения вопроса профилактики ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних — 600 тыс. из них были дети.

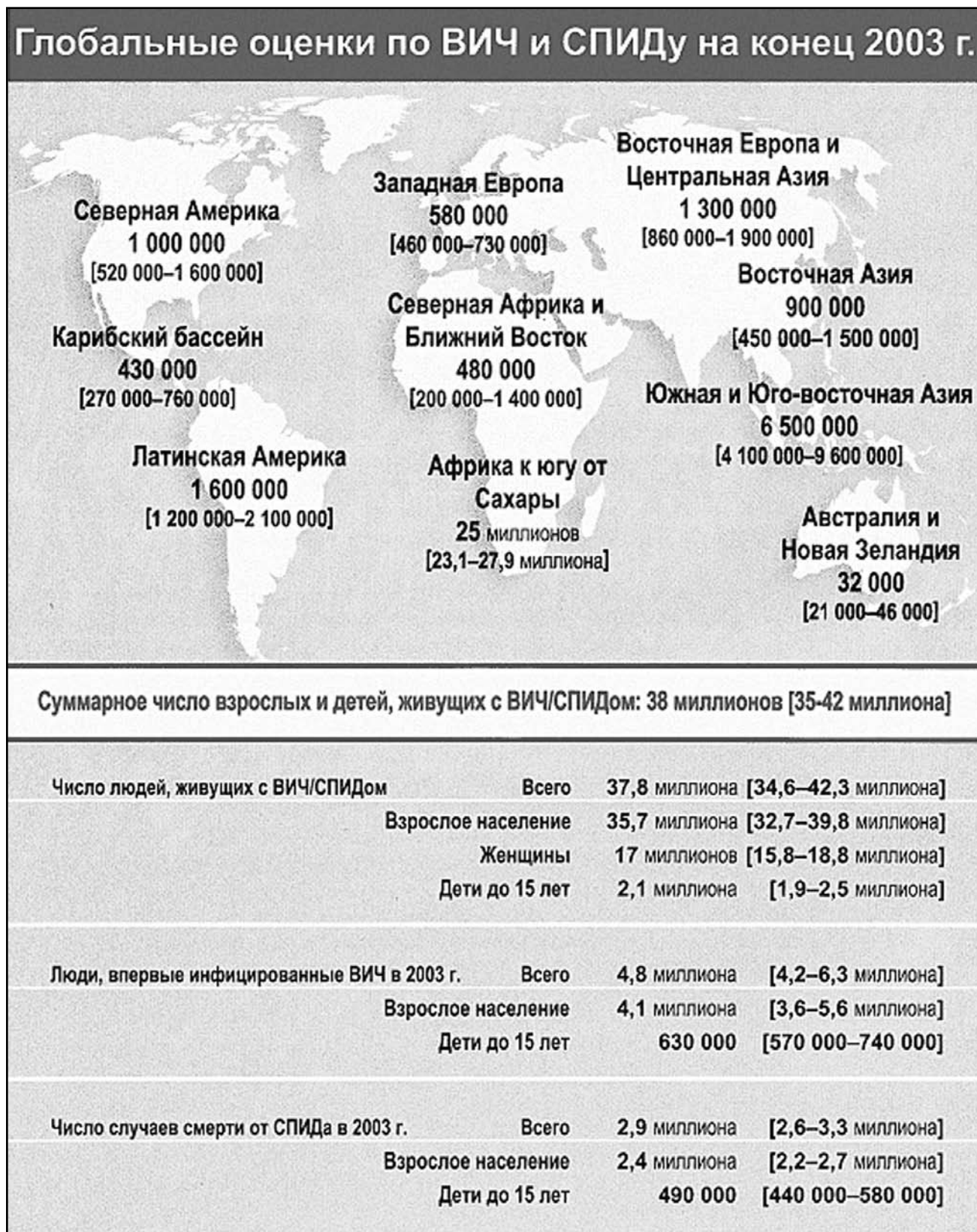
В 2003 г., по оценкам ВОЗ, в мире было от 4,2 до 6,3 млн ВИЧ-инфицированных. Это больше, чем за любой другой предшествующий год. Наиболее пораженным по распространению ВИЧ регионом являются страны, расположенные к югу от Сахары. В Восточной Европе и Центральной Азии рост эпидемии ВИЧ-инфекции обусловлен в основном все большим распространением инъекционных наркотиков и активизацией полового пути распространения ВИЧ.

Общее число ВИЧ-инфицированных в мире на конец 2003 г. приведено в таблице «Абсолютное число ВИЧ-инфицированных в мире» (с. 14).

С момента первого клинического случая СПИДа, зарегистрированного в 1981 г., в мире от ВИЧ-инфекции умерли уже более 22 млн человек. Эти цифры не только тревожат специалистов, они также указывают на огромное значение первичной профилактики в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции в мире.

ВИЧ-инфекция встречается во всех социальных слоях общества и официально зарегистрирована во всех странах мира. При этом она крайне неравномерно распределена на территориях различных регионов, в разных возрастных, соци-

Абсолютное число ВИЧ-инфицированных в мире¹



¹ См.: Доклад о глобальной эпидемии СПИДа (2004 год) / 4-й Глобальный доклад.— ЮНЭЙДС, 2004.

альных, профессиональных и иных группах. Так, большинство ВИЧ-инфицированных проживает в странах Африки южнее Сахары, где каждый восьмой человек репродуктивного возраста инфицирован ВИЧ.

Многие годы ВИЧ-инфекцию и ее заключительную стадию — СПИД — рассматривали как болезнь гомосексуалистов и наркоманов. В настоящее время ВИЧ/СПИД — важнейшая медико-социальная проблема, так как число заболевших и инфицированных продолжает неуклонно расти во всем мире, охватывая людей, которые не входят в группы, имеющие факторы риска инфицирования.

Для создания адекватных адресных профилактических программ очень важно понимать закономерности распространения ВИЧ/СПИДа в различных регионах и слоях населения. Рассмотрим динамику и тенденции распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

2.1.2. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

В нашей стране ВИЧ-инфекцию регистрируют с 1986 г. Первоначально данное заболевание было зарегистрировано среди иностранцев, преимущественно выходцев из Африки, а с 1987 г. оно получило распространение и среди граждан бывшего СССР.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России в динамике на период 1987—2003 гг. отражена на рис. 2.

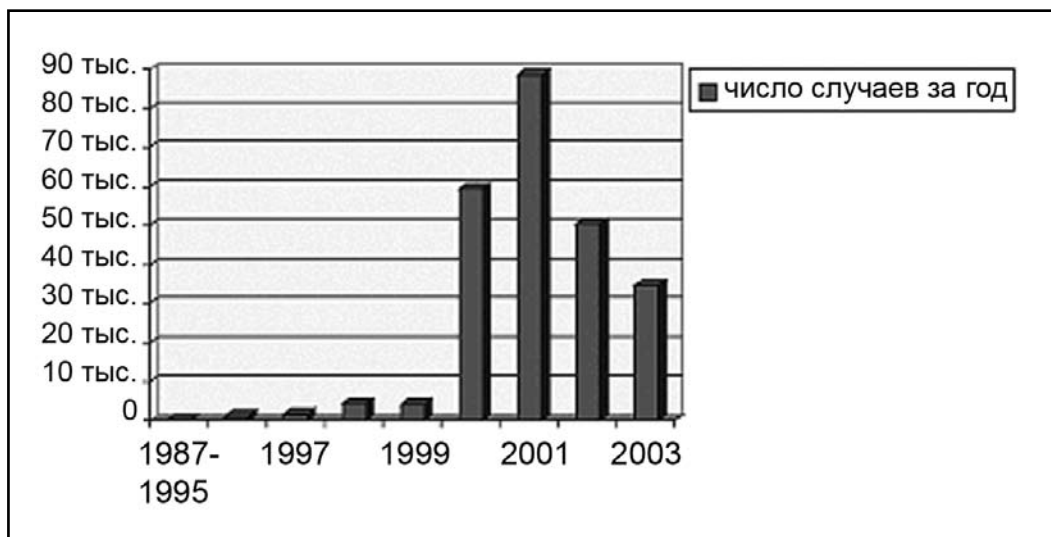


Рис. 2. Регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции в России по годам²

В настоящее время случаи ВИЧ-инфекции выявлены во всех субъектах Российской Федерации. Показатель числа инфицированных ВИЧ на 100 тыс. населения («пораженность») вырос со 121 случая в 2001 г. до 187 случаев в 2003 г.³

² См.: Информационно-просветительский журнал «Туберкулез. ВИЧ/СПИД. Алкоголизм. Наркомания». — 2004. — № 7.

³ В настоящем учебном пособии представлены статистические данные за 2003—2004 гг.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в России на 1 января 2004 г. зарегистрировано:

- 263 613 ВИЧ-инфицированных (из них детей — 7591);
- 6302 ребенка родилось от ВИЧ-инфицированных матерей;
- 3456 человек умерло от ВИЧ-инфекции (из них детей — 216);
- 817 человек больных СПИДом (из них детей — 193);
- 609 человек умерло с диагнозом СПИД (из них детей — 125).

Особенно важно обратить внимание на количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом детей. Учитывая, что сегодняшние ВИЧ-инфицированные дети не смогут обеспечить здоровое будущее как нашей страны, так и мирового сообщества в целом, роль профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних значительно повышается.

В целом на основании представленных данных следует вывод о том, что эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России на сегодняшний день остается достаточно сложной. Представленные цифры отражают лишь зарегистрированных больных. Но так как болезнь длительно протекает скрыто и от заражения до развития СПИДа проходит в среднем 12 лет, большинство ВИЧ-инфицированных не знают о том, что они заражены. Поэтому оценочные цифры на сегодняшний день достаточно приблизительны.

Региональная картина распространенности ВИЧ-инфекции в Российской Федерации весьма неоднородна: наряду с регионами, отличающимися высокой степенью распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, существуют населенные пункты, где уровень заражения носит все еще относительно низкий характер. Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в различных федеральных округах страны может различаться почти в 9 раз.

Наибольшее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в 2003 г. приходится на Свердловскую, Московскую, Самарскую, Новосибирскую области и города Москва и Санкт-Петербург (рис. 3).

Однако не стоит забывать, что, с одной стороны, представленные цифры отражают лишь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. С другой стороны, важно помнить, что основной источник ВИЧ-инфекции — зараженный человек, а людям свойственно путешествовать и перемещаться в пространстве, следовательно, от распространения ВИЧ/СПИДа на другие территории ни одна из них не застрахована.

Современное течение эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, как и в мире в целом, характеризуется следующими изменениями.

Смена ведущего пути передачи возбудителя. В России до середины 90-х гг. ведущим путем передачи ВИЧ был половой, что определяло своеобразие эпидемиологического процесса ВИЧ-инфекции. Со второй половины 1996 г. главный путь передачи ВИЧ меняется. На первое место выходит инъекционный — среди наркоманов, практикующих внутривенное введение психоактивных веществ.

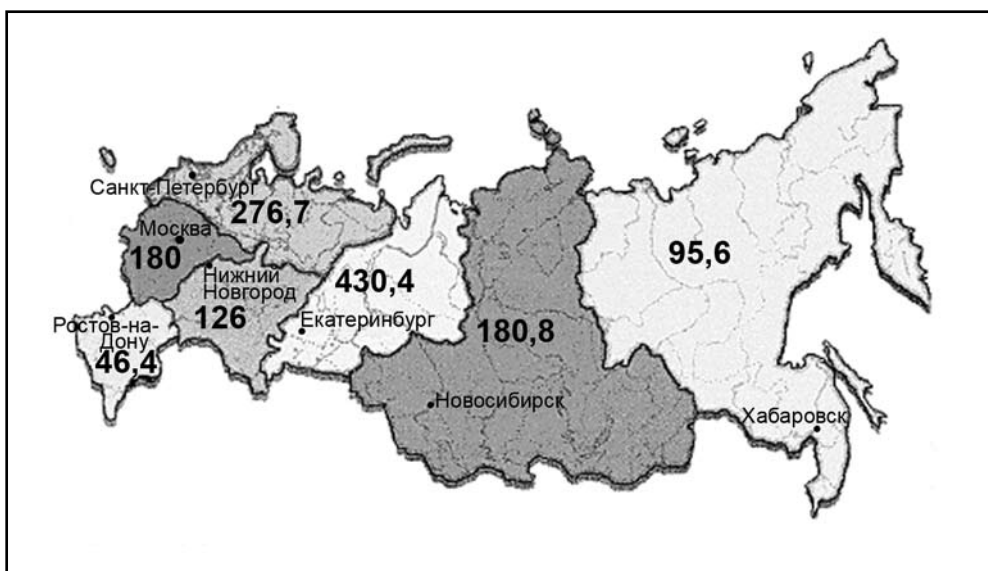


Рис. 3. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Федеральных округах России на 2003 г.

По данным официальной статистики, в Российской Федерации показатель инфицированности среди наркоманов достиг 1056,38 на 100 тыс. обследованных, т. е. не менее 1% всех потребителей психотропных веществ инфицированы ВИЧ. При этом в настоящее время происходит смена ведущего пути распространения ВИЧ. На первое место снова выходит половой путь. Это особенно важно учитывать при построении профилактических программ среди несовершеннолетних.

Увеличение доли ВИЧ-инфицированных женщин по отношению к ВИЧ-инфицированным мужчинам. Относительно статистики в гендерных различиях ВИЧ-инфицированных следует отметить, что все зависит от этапа эпидемии. Так, на первом этапе, когда речь шла в основном о заражении половым путем мужчин-гомосексуалистов, понятно, что мужчины преобладали. Среди наркоманов также преобладали в основном мужчины. Однако с возобладанием половой передачи ВИЧ-инфекции количество ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин примерно сравнялось. Это показатель того, что в настоящее время распространение ВИЧ-инфекции происходит преимущественно половым путем.

При этом важно обратить внимание и на большую уязвимость женщин как с точки зрения возможного сексуального насилия и большей социальнороловой уязвимости, так и с точки зрения анатомических особенностей женского организма.

Увеличение удельного веса ВИЧ-инфицированных в возрастной группе от 15 до 20 лет. По оценкам специалистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежедневно более половины новых случаев инфицирования ВИЧ в мире происходит среди молодежи. Молодые люди в высокой степени подвержены риску ВИЧ-инфицирования, так как они нередко начинают половую жизнь в достаточно раннем возрасте, часто меняют половых партнеров и не всегда пользуются презервативами.

При опросе в 2002 г. сотрудниками Центра социологии образования РАО большой группы московских школьников выяснилось, что доля мальчиков, имеющих

сексуальный опыт, увеличивается с 6,6% в седьмом классе до 28,2% в девятом и 55,4% в одиннадцатом классе, а доля девушек — соответственно с 2,5 до 11,9% и 35,4%.

Примерно в этот возрастной период происходят и первые наркотические пробы. Средний возраст проб у мальчиков составляет 15,1 лет, а у девушек — 15,7 лет.

Следовательно, молодые люди в высокой степени подвержены риску инфицирования ВИЧ половым путем и через кровь из-за высокой сексуальной активности, склонности к рискованному сексуальному поведению, а также в результате употребления различных психоактивных веществ.

Таким образом, в рамках профилактики ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних в образовательной среде в настоящее время достаточно остро встает вопрос о необходимости полового воспитания детей и подростков с учетом все более раннего возраста начала сексуальной активности. В то же время должна возрастать и роль профилактики наркомании среди несовершеннолетних.

2.1.3. Источники ВИЧ-инфекции

При рассмотрении вопроса об источниках ВИЧ/СПИДа важно понимать, что ВИЧ-инфекция — антропоноз, т. е. заболевание, поражающее только человека. Животные в естественных условиях ВИЧ не заражаются, а попытки экспериментального заражения обезьян заканчиваются их быстрым выздоровлением.

ВИЧ-инфекция относится к длительно текущим заболеваниям, так как с момента заражения до момента смерти может пройти от 2—3 до 10—15 лет. И все это время человек может и не догадываться о том, что болен. Это неизбежно сказывается и на официальных статистических эпидемиологических данных.

С целью предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией важно помнить, что *источник ВИЧ-инфекции — зараженный человек, находящийся в любой стадии болезни, в том числе и в периоде инкубации.*

ВИЧ может находиться во всех биологических жидкостях. Следует иметь представление о том, в каких именно биологических субстратах человека содержится ВИЧ:

- кровь;
- сперма и предэякулят;
- вагинальный и цервикальный секрет;
- материнское грудное молоко.

Вирус может находиться и в других субстратах, но его концентрация в них мала или субстрат недоступен, как, например:

- спинномозговая жидкость (ликвор);
- моча;
- слюна;
- слезная жидкость;
- секрет потовых желез.

Следовательно, выделение ВИЧ из инфицированного организма происходит ограниченным количеством путей:

- со спермой, выделениями половых путей;
- с грудным молоком;
- с кровью и различными экссудатами.

В ходе эпидемиологического анализа глобальной ситуации в отношении ВИЧ-инфекции было установлено, что существуют определенные расовые различия в динамике заражения и прогрессирования ВИЧ-инфекции. Оказалось, что наиболее чувствительными (восприимчивыми) к ВИЧ являются представители негроидной расы, менее — европейцы и наименее чувствительны монголоиды.

2.2. Основные пути, способы и группы риска заражения ВИЧ-инфекцией

2.2.1. Механизмы передачи ВИЧ-инфекции

Передача ВИЧ-инфекции осуществляется следующими механизмами: *естественным* и *искусственным* (артифициальным).

Пути реализации механизмов передачи возбудителя разнообразны:

- контактный (половой);
- вертикальный (трансплацентарный);
- парентеральный (инъекционный, трансфузионный, трансплантационный).

Доминирующим *естественным* механизмом передачи возбудителя является *контактный механизм*, реализуемый половым путем. Ведущая роль полового пути передачи обусловлена высокой концентрацией вируса в сперме и вагинальном секрете инфицированных лиц.

Считают, что на долю полового пути передачи вируса приходится 86% всех случаев заражения, из них 71% — при гетеросексуальных и 15% — гомосексуальных контактах. Реальность передачи ВИЧ-инфекции в направлениях «мужчина — мужчине», «мужчина — женщине» и «женщина — мужчине» общепризнанна. В то же время соотношение инфицированных мужчин и женщин различно. В начале эпидемии это соотношение было 5:1, затем 3:1, сейчас на территории России этот показатель приблизился к 2:1.

Вертикальный механизм передачи ВИЧ реализуется у инфицированных беременных (антенатальный путь). Заражение ребенка может произойти и во время акта родов (интранатальный путь), а затем постнатально, при грудном вскармливании. Основной путь заражения ВИЧ-инфекцией новорожденных — перинатальный. Удельный вес передачи ВИЧ в разные сроки перинатального периода точно не определен, однако внутриутробное инфицирование на ранних сроках беременности при отсутствии профилактики перинатальной передачи ВИЧ происходит в 30—50% случаев. Вероятность инфицирования ребенка при грудном вскармливании составляет около 12—20%. Причем передача вируса может происходить не только от инфицированной матери ребенку, но и от инфицированного ребенка кормящей женщине в случае, если ребенок, рожденный здоровой женщиной, был инфицирован ВИЧ.

Искусственный (артифициальный) механизм срабатывает при проведении медицинских манипуляций, сопровождаемых нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, т. е. реализуется внутрибольничное инфицирование ВИЧ. Для данного механизма характерно разнообразие путей и факторов передачи возбудителя.

Примером реализации артифициального механизма распространения ВИЧ-инфекции может служить внутрибольничное заражение детей ВИЧ-инфекцией в городах Элиста, Ростов-на-Дону, Волгоград.

В настоящее время этот путь распространения ВИЧ-инфекции в рамках медицинских учреждений почти не реализуется в силу того, что введен строгий контроль препаратов крови и проведения всех инвазивных диагностических вмешательств с соблюдением предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского инструментария, применения одноразовых медицинских инструментов (например, шприцев).

Таким образом, эпидемиологическое распространение ВИЧ-инфекции зависит от доминирования в эпидемическом процессе главного (ведущего) пути передачи возбудителя. Соответственно, оценка удельного веса того или иного пути в распространении ВИЧ-инфекции на современном этапе позволит более эффективно реализовывать профилактические мероприятия по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа среди населения.

2.2.2. Основные пути передачи ВИЧ-инфекции

Следует отметить, что существует *несколько эпидемиологически значимых путей передачи ВИЧ-инфекции*, которые будут охарактеризованы ниже.

2.2.2.1. Половой путь

Факторы, повышающие риск заражения при половом контакте:

— половой акт с ВИЧ-инфицированным без использования методов защиты может привести к инфицированию ВИЧ. При этом чем больше случайных половых партнеров, тем выше вероятность инфицирования ВИЧ;

— риск заражения для обоих партнеров возрастает при сопутствующих венерических заболеваниях (заболеваниях, передающихся половым путем, — ЗППП);

— вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в три раза выше, чем мужчины от женщины. Риск для женщины возрастает при ЗППП, эрозии шейки матки, ранках или воспалениях слизистой оболочки, при менструации, а также при разрыве девственной плевы;

— риск заражения и для мужчины, и для женщины увеличивается, если у партнерши эрозия шейки матки. Вероятность инфицирования ВИЧ максимальна при гомосексуальном половом контакте и несколько ниже при гетеросексуальном;

— риск заражения при анальном контакте значительно выше, чем при вагинальном, поскольку высока вероятность травм слизистой оболочки ануса и прямой кишки, что увеличивает вероятность инфицирования.

2.2.2.2. Инъекционный путь

Внутривенное введение наркотиков является одним из самых рискованных способов поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Во многом это связано с тем, что потребители инъекционных наркотиков, как правило, используют общие иглы и шприцы, а когда кровь от ВИЧ-инфицированного человека попадает непосредственно в кровяное русло здорового, инфицирования избежать абсолютно невозможно.

Кроме того, употребление психоактивных веществ (ПАВ) приводит к снижению контроля за своим поведением и провоцирует рискованное сексуальное поведение. Одними из наиболее опасных в этом плане ПАВ являются алкоголь и психостимуляторы.

Известно, что для злоупотребляющих алкоголем характерно вступление в сексуальные контакты со случайными партнерами, а употребление психостимуляторов типа амфетамина провоцирует групповые формы сексуальных отношений.

Среди женщин, употребляющих наркотики, широко распространена проституция и практика «секса за дозу», что приводит к выходу эпидемии в другие группы населения. Это особенно важно, так как именно через сексуальные контакты ВИЧ может наиболее активно передаваться во все группы населения.

2.2.2.3. Вертикальный путь (от матери к ребенку)

Передача ВИЧ от матери к ребенку возможна как во время беременности, так и при кормлении грудью. В последние годы отмечается увеличение числа детей, рождающихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Факторы, повышающие риск передачи ВИЧ-инфекции ребенку:

- состояние здоровья матери. Чем выше уровень вируса в крови или влагалищных секретах матери и чем ниже ее иммунный статус, тем выше риск передачи вируса ребенку. Если есть болезненные симптомы — риск повышается;

- неполноценное питание матери повышает уязвимость плода перед различными инфекциями;

- длительность второй стадии родов. Риск ВИЧ-инфицирования повышается пропорционально с увеличением промежутка времени между полным раскрытием шейки матки и появлением ребенка на свет. Поэтому для профилактики ВИЧ-инфицирования ребенка в родах стараются проводить ВИЧ-инфицированным матерям операцию кесарева сечения;

- воспаление или преждевременный разрыв околоплодных оболочек. Развитие подобных патологий повышает риск передачи ВИЧ новорожденному;

- язвочки и трещины слизистой оболочки влагалища (обычно они возникают в результате инфекций) повышают риск рождения ребенка с ВИЧ. Как преждевременные, так и перенесенные роды — повышенный риск;

- матерям с ВИЧ не рекомендуется вскармливать детей грудью, поскольку при этом повышается риск передачи ВИЧ.

2.2.2.4. Переливание крови

При заборе крови никакого заражения не происходит, так как вся кровь, которая сдается донорами, проверяется на антитела к ВИЧ.

2.2.2.5. Профессиональное заражение медработников

Доля данного пути в передачи ВИЧ-инфекции ничтожно мала. Статистических данных о заражении медицинских работников в нашей стране на сегодняшний день не имеется.

Рассматривая вопрос о путях и способах передачи ВИЧ-инфекции не менее важно отметить и то, в каких случаях человек не может быть инфицирован ВИЧ.

ВИЧ не передается:

— *при рукопожатии*. Неповрежденная кожа является естественным барьером для вируса, поэтому передача ВИЧ при рукопожатиях, прикосновениях, объятиях невозможна;

— *через предметы гигиены, туалет*. ВИЧ-инфекция может содержаться только в жидкостях человеческого организма: крови, сперме, влагалищных выделениях и грудном молоке. Через одежду, постельное белье, полотенца ВИЧ передаться не может, так как даже если на одежду, белье попадет жидкость, содержащая ВИЧ, во внешней среде вирус быстро погибнет. До сих пор не отмечено ни одного случая передачи ВИЧ-инфекции бытовым путем;

— *в бассейнах, ванной, бане*. При попадании жидкости, содержащей ВИЧ, в воду вирус погибает, к тому же кожа является надежным барьером от вируса;

— *через укусы насекомых и (или) другие контакты с животными*. Как уже неоднократно отмечалось, ВИЧ-инфекция — антропоноз, т. е. заболевание, поражающее только человека. К тому же вопреки распространенному мифу кровь человека не может попасть в чужой кровоток при укусе комара;

— *через поцелуи*. О том, что ВИЧ не передается при поцелуе, написано очень много. В то же время находятся люди, которых беспокоит вопрос «ранок и ссадинок» во рту. В реальной жизни для того, чтобы этот вирус передался при поцелуе, два человека с открытыми кровоточащими ранами во рту должны долго и глубоко целоваться, при этом у одного из них должна быть не просто ВИЧ-инфекция, а очень высокая вирусная нагрузка (количество вируса в крови). Вряд ли кто-нибудь сможет, да и захочет воспроизвести подобный поцелуй на практике;

— *в стоматологии, маникюрном кабинете, парикмахерской*. За двадцать лет эпидемии ВИЧ ни разу не передался ни в маникюрном салоне, ни у стоматолога. Обычной дезинфекции инструментов, которую проводят в салонах или у стоматолога, достаточно для предотвращения инфицирования;

— *в процессе сдачи анализов крови*. Нередко у людей возникает страх, что им мог передаться ВИЧ при заборе крови в кабинете тестирования, но это абсолют-

но исключено, так как забор крови производится с помощью одноразовых инструментов.

Следует отметить, что до настоящего времени не доказано, что ВИЧ может передаваться воздушно-капельным, пищевым, водным, трансмиссивным путями.

Относительно редким, но возможным вариантом заражения ВИЧ может быть трансплантация органов, тканей и искусственное оплодотворение женщин.

2.2.3. Лица, наиболее уязвимые к заражению ВИЧ-инфекцией

Уязвимость к ВИЧ/СПИДу означает:

- повышенную вероятность войти в опасный контакт с ВИЧ-инфекцией и (или)
- повышенную вероятность в особой степени пострадать от тяжелых последствий ВИЧ-инфекции и СПИДа.

В самом общем плане степень уязвимости определяет то, насколько человек в силах контролировать обстоятельства своей жизни. При этом выделяют отдельные группы повышенного риска заражения и передачи ВИЧ/СПИДа. Это позволяет более адресно создавать и реализовывать основные профилактические мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

К традиционным группам лиц, наиболее уязвимых к заражению ВИЧ-инфекцией, относятся:

- инъекционные наркоманы;
- гомо- и бисексуалы;
- работники коммерческого секса;
- сексуальные партнеры ВИЧ-инфицированных;
- лица, подвергающиеся различным медицинским манипуляциям.

Основными источниками инфицирования по-прежнему остаются инъекционные наркоманы, однако их доля постепенно уменьшается по сравнению с инфекциями, передаваемыми половым путем, причем при гетеросексуальных контактах.

Половина случаев заражения ВИЧ/СПИДом фиксируется среди людей младше 25 лет, т. е. преимущественно в молодежной среде. Изменяется соотношение носителей инфекции по половому признаку в сторону увеличения доли женщин.

Все это доказывает, что в настоящее время вирус СПИДа уже не ограничивается только маргинальными группами, а распространяется среди населения в целом, и прежде всего среди молодежи.

2.2.4. Факторы, влияющие на распространение ВИЧ/СПИДа

Роль в распространении ВИЧ-инфекции и повышении уязвимости различных групп населения принадлежит разнообразным факторам.

В общемировом масштабе, как правило, выделяют факторы демографического, медицинского, социального, экономического, культурного и поведенческого характера.

Принимая во внимание то, что основное число ВИЧ-инфицированных и лиц, наиболее уязвимых к заражению ВИЧ, составляют молодые люди в возрасте 15—20 лет, выделяют две группы личностно-ориентированных факторов для данной возрастной категории.

Факторы среды (социально-психологические). К ним относятся: широкая доступность наркотиков, недостаточное внимание к вопросам профилактики со стороны государственных структур. Так, в настоящее время в России насчитывается более 4 млн беспризорных детей. При этом каждые четверо из пяти таких детей начинают половую жизнь в 14 лет и ранее. Многие из них вовлекаются в проституцию и наркоманию. Более 20 тыс. детей содержатся в воспитательных колониях и исправительных учреждениях. Это указывает на то, какие категории несовершеннолетних нуждаются в особых формах и методах профилактики социально обусловленных болезней, в том числе и ВИЧ/СПИДа в первую очередь.

Факторы личности (психологические). Данная группа факторов включает в себя раннее начало половой жизни, отсутствие установок на сохранение здоровья, деформацию системы ценностей, низкую устойчивость к стрессам.

В целом следует отметить, что роль и значение факторов риска неоднозначны, часто отмечается их сочетанное действие, и вычленив из единого комплекса действующих на территории в данное время факторов риска ведущий не представляется возможным.

* * *

Контрольные вопросы и задания

Назовите регионы, подверженные наибольшему заражению ВИЧ-инфекцией.

Перечислите и обоснуйте основные тенденции в современном течении ВИЧ-инфекции в России и в мире.

Назовите источник ВИЧ-инфекции и перечислите основные биологические субстраты, в которых возможно содержание ВИЧ.

Расскажите о механизмах передачи ВИЧ-инфекции и о роли в современном эпидемиологическом процессе каждого из них.

Охарактеризуйте основные пути передачи ВИЧ-инфекции.

Обоснуйте, в каких случаях передача ВИЧ-инфекции в повседневной жизни невозможна.

Опишите традиционные группы лиц, наиболее уязвимых к заражению ВИЧ-инфекцией.

Перечислите основные факторы риска. Поясните, какие из них, на ваш взгляд, в большей степени провоцируют распространение ВИЧ/СПИДа в современном мире.

3. КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА И МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА В ОБЩЕСТВЕ

Большинство специалистов считает, что вакцина против ВИЧ будет создана не ранее 2010 г. Однако и после этого потребуется не менее 5 лет на проведение ее клинических испытаний и внедрение ее в повседневную практику. Существующие в настоящее время противовирусные препараты используются преимущественно для замедления прогрессирования симптомов СПИДа, реже — для экстренной профилактики в аварийных ситуациях (например, при проколе перчатки врача режущим инструментом во время операции). Хотя применение специфических противовирусных препаратов для профилактики ВИЧ-инфицирования в подобных случаях достаточно эффективно, оно имеет целый ряд ограничений, которые препятствуют его повсеместному внедрению. К их числу следует отнести следующие факторы:

- высокая стоимость профилактики;
- необходимость начать введение препаратов в первые часы (дни) после аварийной ситуации, что может быть неприемлемо или невозможно для лиц, имеющих рискованное поведение;
- необходимость проведения длительной курсовой терапии с четким соблюдением режима дозирования лекарственных средств, что также зачастую невозможно для лиц с рискованным поведением;
- наличие побочных эффектов терапии;
- невозможность частого проведения подобных профилактических курсов как в силу наличия побочных эффектов лекарственной терапии, так и в силу снижения ее эффективности при частом проведении.

Именно поэтому, по оценкам экспертов ВОЗ, эпидемию ВИЧ/СПИДа можно остановить в первую очередь за счет просвещения людей и изменения ими своего стиля поведения, направленного на уменьшение степени риска и повышение мотивации к здоровому образу жизни. Однако в современном обществе сложилась ситуация, когда у большинства отсутствует мотивация к здоровому образу жизни и нет устойчивых знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа.

Системный подход позволит реализовать главную стратегию концепции профилактики ВИЧ/СПИДа — **уменьшение уязвимости населения подросткового и молодого возраста.**

3.1. Ключевые элементы программы профилактики ВИЧ/СПИДа

Основы любых программ профилактики ВИЧ/СПИДа включают в себя следующие компоненты:

- просвещение и информирование населения в области ВИЧ/СПИДа с акцентом на противодействие стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных;
- укрепление семьи и внутрисемейных связей; пропаганду индивидуальных средств защиты, верности, семейных ценностей, сексуального воздержания и снижения числа сексуальных партнеров;

- профилактику и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП);
- первичную профилактику среди беременных женщин;
- тренинги, направленные на изменение рискованного поведения, особенно для молодежи и групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования;
- развитие личностных ресурсов, эффективных стратегий поведения и повышение социальной, межличностной и полоролевой компетентности детей, подростков и молодежи;
- формирование мотивации к адаптивному и социально эффективному поведению ВИЧ-инфицированных.

Реализация этих направлений профилактической работы возможна только в рамках целевой программы превентивного обучения с формированием мотивации к здоровому образу жизни, изменению проблемного и рискованного поведения, повышению социальной, межличностной компетентности. Лишь некоторые из указанных направлений могут реализовываться в образовательной среде.

3.2. Стратегии профилактической работы

Наиболее эффективными стратегиями реализации предлагаемой профилактической работы в образовательной среде являются:

1. **Просвещение** на основе профилактических программ, включенных в учебный процесс, формирование личностно-средовых ресурсов, эффективных стратегий поведения, что будет способствовать формированию ответственности за свою собственную жизнь, осознанному выбору здорового жизненного стиля, приобретению уверенности для противостояния негативному влиянию среды и минимизации поведения риска, формированию здоровой системы полоролевой и семейной идентификации личности.

2. **Мотивационное консультирование**, направленное на формирование мотивации к изменению проблемного поведения в сторону здорового.

3. **Семейное мотивационное консультирование**, направленное на изменение проблемного поведения в семье в сторону здорового взаимодействия.

4. **Обучение родителей** основам сексуального воспитания детей.

5. **Создание поддерживающего окружения**. Эти стратегии должны гарантировать направление имеющихся ресурсов на расширение прав молодежи на консультативную помощь, программную профилактическую поддержку, медицинское обслуживание и ликвидацию всех дискриминационных структур и процедур.

6. **Привлечение людей, которые влияют на молодежь**. Родители, члены семьи, учителя, старшие люди оказывают большое влияние на молодежь. Когда авторитетные для молодежи люди подают пример для подражания и обеспечивают безопасное окружение, доверительные отношения и возможность для самовыражения, молодежь положительно воспринимает инициативы по формированию безопасного поведения.

7. **Привлечение молодежи** на руководящие роли в противодействие эпидемии. Для лидерства не существует возрастных ограничений. Молодежь — это ресурс,

а не олицетворение проблем. В этой связи необходимо развитие стратегии лидерского и волонтерского движения. Особенно это актуально для вузов, где программы профилактики ВИЧ/СПИДа должны активно инициироваться и координироваться вузовской молодежью.

8. **Мобилизация образовательной системы**, которая должна создать основу для всестороннего включения программ профилактики и реализации ее стратегий.

9. **Преодоление гендерного неравенства** путем защиты прав девушек и расширения перспектив для получения образования и заработка.

10. **Недопустимость сексуальной эксплуатации и жестокого отношения** к девочкам и мальчикам.

11. **Инициирование диалога** на деликатные темы. Взрослые и молодежь должны совместно решать вопросы половой жизни подростков, просвещения в области сексуального здоровья, сексуального насилия, гендерных ролей и общественных традиций.

3.3. Основные направления и виды профилактики ВИЧ-инфекции

Выделяют следующие уровни профилактики ВИЧ/СПИДа.

Первичный уровень — ограничение числа случаев СПИДа и ВИЧ-инфицирования путем воздействия на специфические причинные факторы, способствующие повышению риска заболевания. На этом этапе профилактики проводят массовый скрининг с использованием ИФА тест-систем.

Одной из важнейших составляющих первичного уровня профилактики является пропаганда здорового образа жизни.

Вторичный уровень — раннее выявление и специфическое лечение СПИДа и ВИЧ-инфицированных. Для этого осуществляется поисковый скрининг среди групп, имеющих фактор риска инфицирования. При выявлении ВИЧ-инфицированных проводят верификацию диагноза на базе СПИД-центра с последующей диспансеризацией, в рамках которой определяют необходимый объем антиретровирусной терапии. В современных условиях проводят высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ).

Третичный уровень — лечение и реабилитация заболевших ВИЧ/СПИДом, т. е. повышение качества жизни. В рамках третичной профилактики проводят диспансерное наблюдение в СПИД-центрах.

Диспансерному наблюдению подлежат люди, в сыворотке крови которых в ИФА и иммунном блоттинге обнаружены антитела к ВИЧ.

3.3.1. Первичная профилактика ВИЧ-инфекции

Первичная профилактика ВИЧ-инфекции имеет целью предотвратить заражение или начало болезни, предупредить негативный исход и усилить позитивные результаты развития индивида. Этого можно достигнуть несколькими путями:

а) развивая и усиливая мотивацию к позитивным изменениям в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует;

- б) направляя процесс осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды;
- в) усиливая адаптационные факторы или факторы стрессорезистентности, ресурсы личности и среды, понижающие восприимчивость к болезни;
- г) воздействуя на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;
- д) развивая процесс самоуправления индивидом своей жизнью (управление самоосознанием, поведением, изменением, развитием);
- е) развивая социально-поддерживающий процесс.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Ее контингентом является общая популяция детей, подростков и молодых людей.

Первичная профилактика стремится полностью избежать патологических исходов, редуцировать число лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет прежде всего на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный адаптивный жизненный стиль человека, можно тем самым укрепить здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, получить наиболее эффективные результаты.

3.3.2. Вторичная профилактика ВИЧ-инфекции

Главной целью вторичной профилактики является изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей рискованного поведения на более адаптивную модель здорового поведения.

Рискованное поведение может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или иные predispositions личностных, поведенческих и других расстройств, характеристиками среды, воздействующей на индивида, специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик. При этом среда рассматривается как носитель такого доминирующего фактора, как стресс (любое требование среды следует рассматривать как стресс, в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление резко увеличивается как реакция на нарушенное поведение индивида), а само поведение индивида — как фактор риска наркомании или алкоголизма.

По своей направленности на контингент риска вторичная профилактика в отношении коррекции поведения отдельных лиц является индивидуальной. Она включает в себя как социальные, психологические, так и медицинские меры специфического и неспецифического характера.

3.3.3. Третичная профилактика ВИЧ/СПИДа

Третичная профилактика направлена на восстановление личности больного СПИДом и ее эффективного функционирования в социальной среде после соот-

ветствующего лечения, уменьшения вероятности рецидива заболевания. Второе направление третичной профилактики — снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов к прекращению их употребления.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на непатологические. Данный вид профилактики является медицинским, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Этот вид профилактики требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье — обязательное условие проведения третичной профилактики.

Технологии третичной профилактики имеют целью формирование социально-поддерживающей и развивающей среды (социально-поддерживающие и терапевтические сообщества, локальные и территориальные программы, программы на рабочих местах, социальные программы, альтернативные употреблению наркотиков).

3.4. Теоретические концепции профилактики

К базовым теоретическим концепциям профилактики следует отнести комплекс теоретических разработок, в основе которых лежат: теория социального научения и самоэффективности, а также теория продвижения к здоровью (А. Bandura); теория проблемного поведения (R. Jessor); концепция здорового жизненного стиля (Всемирная организация здравоохранения); теория жизненных навыков (J. Botvin); мотивационная теория постадийного изменения поведения; трансакциональная теория стресса и копинг (R. Lazarus) и др.

3.4.1. Теория продвижения к здоровью

В последние годы произошли большие изменения в разработке концепции человеческого здоровья и болезни. Исследователи предпочитают подход моделирования здоровья подходу моделирования болезни как более перспективному. Модель здоровья основывается на понятии продвижения к здоровью как профилактике, а точнее — превенции болезней. Понятие превенции используется как более широкое и предполагающее не только уход от болезни, развитие протективных факторов, способствующих здоровью.

Для эффективности профилактических действий необходимо, чтобы человек имел:

— адекватные знания о факторах риска и рискованных поведенческих паттернах для того, чтобы управлять своим здоровьем в направлении его защиты и улучшения;

— убеждение в своей эффективности (самоэффективности) в возможности регулировать свое здоровье.

Это центральная идея социально-когнитивной теории. Восприятие своей эффективности определяет уверенность в способности организовать свое поведение, мысли, чувства в благоприятном для себя направлении, несмотря на то что на человека воздействуют различные стрессовые события и его жизнь постоянно меняется, предъявляя ему все новые требования. Вера в свои силы — огромный базис для действий, тогда как потеря человеком такой веры может повлечь за собой эффект дезорганизации в случае встречи с трудностями и изменениями окружающей действительности, что неизбежно.

3.4.2. Теория мотивации

Если человек не приходит к пониманию необходимости постоянных изменений своего мышления и стиля жизни, его жизнь сложится неудачно. Иными словами, он обречен на психическую и социальную дезадаптацию. В каком варианте будет проявляться эта дезадаптация — вопрос обстоятельств скорее внешних, чем внутренних. Ясно одно: риск его приобщения к наркотикам и другим психоактивным веществам резко увеличивается, проблема формирования зависимости от них становится более актуальной, а если зависимость уже сформирована, то лечение и реабилитация будут неудачными.

В связи с этим становится очевидной необходимостью работа с мотивацией к позитивному изменению и развитию на всех этапах и стадиях жизни человека, а тем более его выздоровлению.

Методы работы с мотивацией лиц в процессе профилактики и лечения зависимостей от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ стали развиваться в последние десять лет, когда обнаружилась абсолютная очевидность того, что формирование здорового человека, а также лечение пациентов, не готовых на изменение своего жизненного стиля, не приводит к позитивным результатам. С другой стороны, стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества или еще не переступившие этого порога, имеют право на помощь в формировании мотивационной готовности к лечению, изменению своего поведения, жизненного стиля и выздоровлению.

3.4.3. Теория жизненных навыков

Жизненные навыки — те личные, межличностные и физические навыки, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнь, развивать умения жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Данная теория базируется на понятии об изменении поведения, а практическая реализация ее в профилактических программах использует методы поведенческой реализации и терапии. Этот теоретический подход был сформулирован на стыке двух этиологических теорий — теории социального научения (А. Bandura) и теории проблемного поведения (R. Jessor).

Первый компонент программ — информационный. Он заключается в изложении информации о здоровье, о вреде употребления наркотиков, социальной недопустимости их употребления.

Второй компонент программ представляет собой развитие самоуправляемого поведения, сфокусированного на выбранном жизненном стиле; разработку планов самосовершенствования; развитие самооценки, социальной чувствительности и личностного контроля; обучение стратегиям принятия решений, устойчивости к влияниям социальной среды и давлению наркотизирующихся сверстников.

Преодоление личностной и ситуационной тревоги — еще одно важное направление программ развития жизненных навыков. Участники программ обучаются различным техникам, редуцирующим тревогу, способствующим самоуправлению и релаксации, когда это необходимо.

Важный компонент программ жизненных навыков — обучение различным социальным навыкам. Это навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, навыки отказа от предложений употребления психоактивных веществ, навыки отстаивания своей позиции, персональных границ и поддержания дружеских связей.

3.4.4. Теория альтернативной деятельности

Впервые теоретическая концепция альтернативы наркотикам была сформулирована в 1972 г. (Dochner) и базировалась на следующих позициях:

— психологическая зависимость от наркотика является результатом его заместительного эффекта;

— многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности;

— люди не прекращают употребление психоактивных веществ, улучшающих настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее.

Альтернативы наркотикам являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению.

Выделяют *четыре варианта программ альтернативной активности*:

— предложение специфической активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает как волнение, так и предполагает преодоление различного рода препятствий среды;

— комбинация специфических потребностей со специфической активностью (например, потребность в риске и поиск ощущений, свойственные людям, имеющим риск вовлечения в употребление наркотиков или алкоголизацию, удовлетворяется в этих программах посредством вовлеченности в экстремальные виды спорта — прыжки с парашютом и т. д.);

— поощрение участия во всех видах специфической активности;

— создание групп поддержки молодых людей, заботящихся о своей жизненной позиции.

Данные программы особенно эффективны при работе с группами высокого риска употребления психоактивных веществ.

3.4.5. Концепция социальной поддержки

Интерес к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении психологического и физического благополучия, укрепления здоровья стремительно возрастает. Проведенные исследования показали, что люди, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них лиц, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания (Сирота Н. А., 1994; Ялтонский В. М., 1995; Cobb S., 1976; Moos R. H., 1994). Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, тем самым сохраняет здоровье и благополучие человека, облегчает адаптацию и способствует развитию индивида. Она является важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым копинг-ресурсом, без которого не происходит ни адекватного развития, ни приспособления.

Существует несколько теоретических моделей, объясняющих связь социальной поддержки с исходами психологического и физического здоровья.

I. Модель *основного (главного), или направленного, эффекта*. Согласно этой модели наличие социальной поддержки само по себе непосредственно влияет на сохранение здоровья. Отсутствие поддержки или ее слабость приводят к ухудшению здоровья.

II. *Буферная модель*. Механизм, связывающий стресс с болезнью, включает серьезные нарушения нейроэндокринной или иммунной систем, внесение изменений в поведение, связанное со здоровьем (неправильное питание, употребление алкоголя, табака, наркотиков и т. д.). В ситуации стресса высокой интенсивности выраженная социальная поддержка выступает как буфер между стрессором и человеком, амортизирует его негативное воздействие, что позволяет сохранить хорошее здоровье.

III. *Модель ненаправленного эффекта*. Согласно этой модели, позитивное воздействие социальной поддержки на здоровье оказывается не направленно, а опосредованно, например через самооценку. Высокая социальная поддержка повышает самооценку, которая определяет сохранение здоровья. Низкая социальная поддержка формирует негативную самооценку, которая негативно влияет на здоровье.

3.5. Основные группы профилактического вмешательства

Необходимый объем и широта охвата профилактическими вмешательствами определяются характером эпидемических процессов распространения наркоманий и сопутствующих им парентеральных инфекций.

Основными группами профилактического вмешательства являются:

- дети и подростки;
- молодежь;
- социальное окружение: родители; педагоги; психологи; подростковые врачи;

- потребители ПАВ: потребители ПАВ, обращающиеся в ЛПУ; труднодоступные потребители ПАВ, не обращающиеся в ЛПУ; девушки и женщины; дети, рожденные от матерей — потребителей ПАВ;
- медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений.

3.5.1. Основные формы и методы профилактического вмешательства

Для каждой из этих целевых групп существует комплекс адресных мероприятий, направленных на профилактику инфекционных осложнений в связи с потреблением ПАВ. Ко всем группам *профилактического* вмешательства наряду с адресными применимы коллективные методы информирования, просвещения, образования, привлечения СМИ и пр.

Для детей, подростков и молодежи наиболее эффективными являются коллективные и индивидуальные методы образования, целевое адресное обучение навыкам охранительного поведения, мотивационное интервьюирование и консультирование, которые органично сочетаются со всеми программами антинаркотического образования и воспитания в детских, школьных и молодежных коллективах.

Важнейшим звеном в цепи мероприятий, направленных на повышение эффективности профилактики парентеральных инфекций у потребителей ПАВ, обращающихся за медицинской помощью, является обучение медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений. Необходимы этапность и преемственность такого обучения начиная с медицинских училищ, вузов и факультетов повышения квалификации врачей и медицинского персонала, включая профилактику внутрибольничных заражений и профессионального риска.

3.5.2. Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию

Данное консультирование выполняет две основные функции:

- предупреждение заражения и распространения ВИЧ и других парентеральных инфекций;
- оказание психологической поддержки пациентам, имеющим высокий риск инфицирования или уже инфицированным.

Основной целью консультирования является выявление степени риска ВИЧ-инфицирования конкретного пациента и разъяснение ему результатов тестирования на ВИЧ, включая объяснение положительного и отрицательного ответов и возможную целесообразность повторного тестирования. Очень важно использовать такое консультирование для целенаправленной профилактики парентеральных инфекций и мотивации пациента к изменению различных форм рискованного поведения на менее рискованные.

Консультант должен довести до сознания пациента, что некоторые особенности его поведения могут стать для него самого факторами повышенного риска инфицирования ВИЧ, парентеральными гепатитами и другими заболеваниями, передающимися половым путем и через кровь, а также способствовать вовлечению в этот процесс достаточно большого числа окружающих его людей.

С целью исключения распространения ВИЧ-инфекции лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о необходимости соблюдения мер предосторожности, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения или заражение другого лица. (Статья 13.1, глава II Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».)

Необходимость новых организационных подходов к профилактике парентеральных инфекций особенно очевидна для потребителей ПАВ, не обращающихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Известно, что значительная часть потребителей наркотиков не обращается за медицинской помощью по собственной воле и в результате оказывается вне сферы влияния каких-либо медицинских и социальных служб. Поэтому именно они и представляют собой группу наибольшего риска в отношении заболеваний, передающихся через совместное употребление шприцев и игл.

* * *

Контрольные вопросы и задания

Каковы современные тенденции распространения ВИЧ/СПИДа?

Объясните, в чем заключается комплексность профилактики ВИЧ/СПИДа.

Перечислите ключевые направления комплексной программы профилактики ВИЧ/СПИДа.

Какие вы знаете стратегии профилактической работы?

Назовите уровни профилактики ВИЧ-инфекции.

Что такое первичная профилактика?

Каковы цели и задачи первичной профилактики?

Каковы цели вторичной профилактики?

Назовите основные концепции профилактики.

Перечислите основные группы профилактического вмешательства.

4. ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И МОЛОДЕЖИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

4.1. Система профилактики ВИЧ/СПИДа в России: проблемы и перспективы

До настоящего времени в России профилактикой ВИЧ/СПИДа среди населения занимались преимущественно специалисты в области здравоохранения. Существует и успешно действует отлаженная система медицинской профилактики ВИЧ-инфекции. Организационно эта система представлена службами профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации.

Учитывая наибольшую вовлеченность в проблему ВИЧ/СПИДа молодого населения и уязвимость перед заражением ВИЧ-инфекцией детей, подростков и молодежи, основной приоритет в профилактической работе имеет профилактическая работа с несовершеннолетними и молодежью. Тенденция все большего вовлечения в проблему несовершеннолетних и молодежи, распространение ВИЧ-инфекции за пределами традиционных «групп риска» способствует пересмотру основных стратегий профилактики, в частности смещение акцента в профилактике ВИЧ-инфекции на превентивное обучение, т. е. подключение образовательной модели профилактики. Кроме того, привлечение специалистов образовательных учреждений к профилактике ВИЧ-инфекции способствует искоренению дискриминации ВИЧ-инфицированных, формированию адекватного гуманного отношения к носителям ВИЧ-инфекции, которых становится все больше и больше в образовательных учреждениях.

4.1.1. Роль системы образования в профилактике ВИЧ/СПИДа

Согласно современному государственному подходу к профилактике ВИЧ-инфекции, предупреждением заражения детей и подростков ВИЧ-инфекцией, а также обеспечением социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных призваны заниматься в первую очередь специалисты системы образования в рамках межведомственного взаимодействия со специалистами в области здравоохранения и права.

Учитывая масштабы эпидемии ВИЧ-инфекции и вовлечение в проблему ВИЧ/СПИДа практически всех возрастных групп, профилактические программы по предупреждению ВИЧ-инфицирования и сопровождению ВИЧ-инфицированных в идеале должны реализовываться во всех учреждениях образования и быть адаптированы к контингенту учащихся, т. е. необходимо соблюдение принципа дифференцированного подхода с учетом возраста, клинико-психологических и социально-психологических особенностей учащихся, а также степени вовлеченности учащихся в проблему ВИЧ/СПИДа.

На практике соблюдение этого принципа означает, что для детей и молодежи, воспитывающихся в асоциальных семьях, находящихся в детских домах, приютах и местах ограничения свободы, склонных к асоциальному поведению, а также имеющих интеллектуальные нарушения, необходимы разработка и проведение специальных профилактических программ на базе соответствующих образовательных учреждений.

4.1.2. Основные направления профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

По мнению экспертов ВОЗ и отечественных ученых, наиболее перспективными направлениями профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде признаны:

- просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа;
- обучение ответственному поведению детей и молодежи;
- формирование условий, поддерживающих профилактическую деятельность.

Рассмотрим содержание каждого из выделенных направлений.

4.1.2.1. Просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа

Данное направление предполагает предоставление всесторонней и точной информации о путях заражения ВИЧ и мерах их предупреждения; обстоятельствах, повышающих риск заражения (злоупотребление наркотическими средствами, ИППП и др.).

Просветительская деятельность в образовательном учреждении должна опираться на принципы информирования о ВИЧ, необходимость соблюдения которых доказана международным опытом и подтверждена специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Основные принципы информирования о ВИЧ:

- ненанесение вреда неправильной информацией (исключение манипулирования);
- нейтральность в подаче информации;
- осведомленное согласие — соглашающийся на получение профилактической информации должен примерно знать содержание, подход ведущих групп; в случае проведения профилактических программ с несовершеннолетними согласие дают родители;
- взаимоуважение в процессе информирования;
- всестороннее знание проблемы;
- личностное отношение при рассказе о путях избежания ВИЧ;
- адекватность целевой группе;
- создание экзистенциальной перспективы (альтернативность, иерархичность, ступенчатость информации, расстановка акцентов, побуждение к более полному

восприятию жизни с перспективами, ценностями, смыслом жизни, создание дальнейшей жизненной перспективы);

— сочувственное отношение к ВИЧ-инфицированным.

Информирование детей и молодежи в области ВИЧ/СПИД осуществляют не только специалисты образовательных учреждений, оно должно осуществляться и через родителей. Следовательно, необходимо просвещение родителей и лиц, их замещающих.

Для того чтобы несовершеннолетние и молодежь имели доступ к информации, консультациям и услугам в области охраны репродуктивного здоровья, профилактики наркозависимости и реабилитации зависимых, необходимо привлечение специалистов-медиков соответствующего профиля, а также соответствующих общественных организаций.

Уязвимость несовершеннолетних и молодежи перед ВИЧ-инфекцией связана не только с недостатком у них адекватной информации о ВИЧ/СПИДе, но и с тем, что подростки и молодые люди зачастую не могут соединить имеющиеся знания с осознанием реального риска и необходимостью безопасного и ответственного поведения.

Решению задачи формирования мотивации и навыков безопасного и ответственного поведения посвящено следующее направление профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде.

4.1.2.2. Обучение ответственному поведению несовершеннолетних и молодежи

Реализация этого направления профилактической работы возможна только в рамках превентивного обучения с формированием мотивации к здоровому образу жизни, изменению проблемного и рискованного поведения, повышению социальной, межличностной компетентности на основе профилактических образовательных программ.

Задачи, решаемые в рамках данного направления:

- формирование личностных ресурсов;
- развитие эффективных стратегий поведения, способствующих обретению ответственности за свою собственную жизнь;
- формирование осознанного выбора здорового образа жизни;
- приобретение уверенности для противостояния негативному влиянию среды, минимизация проявлений рискованного поведения;
- формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации личности, в том числе мотивации к отсрочке сексуального дебюта.

В рамках обучения ответственному поведению может быть также реализовано *мотивационное консультирование*, направленное на формирование и поддержание готовности к изменению проблемного поведения в сторону здорового.

4.1.2.3. Формирование условий, поддерживающих профилактическую деятельность

В рамках данного направления осуществляются:

— семейное консультирование, направленное на улучшение семейных взаимоотношений. Хорошие семейные взаимоотношения, поддержка семьи являются необходимым условием для полноценного развития личности ребенка, подростка и молодого человека, способствуют формированию навыков заботливого отношения к себе и ответственного и безопасного поведения. Кроме того, поддержка семьи необходима для изменения проблемного поведения, а также переживания кризисной ситуации, связанной с инфицированием ВИЧ;

— обучение родителей основам полового воспитания детей. Работа по половому воспитанию опосредованно через родителей несовершеннолетних позволит предоставить детям и подросткам объективную информацию и сформировать навыки безопасного сексуального поведения, при этом соблюдая права семьи на выбор формы и содержания воспитания детей;

— вовлечение в работу людей, которые способны влиять на детей и молодежь. Родители, члены семей, учителя, сверстники оказывают большое влияние на поведение детей, подростков и молодежи. Когда авторитетные для молодого человека люди подадут позитивный пример для подражания, обеспечивают безопасное окружение, доверительные отношения и возможность для самовыражения, у такого молодого человека формируется положительное восприятие инициатив по формированию безопасного поведения;

— привлечение молодежи на лидирующие роли в противодействии эпидемии. В этой связи необходимо развитие лидерского и волонтерского движения с использованием опыта и ресурсов соответствующих общественных организаций;

— создание и поддержание в образовательных учреждениях организационных и психологических условий для реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции и сопровождения ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

4.1.3 Программы профилактики ВИЧ/СПИДа

В настоящее время в учебный процесс начинают внедряться первые программы профилактики ВИЧ-инфекции.

В самом общем виде под *программой* понимается инструмент, определяющий связи между концептуально-стратегическими целями и способами (механизмами) их реализации в конкретной ситуации. Программа определяет форму организации будущей деятельности и условия достижения поставленных целей.

Согласно современному государственному подходу к профилактике ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, профилактические программы, разрабатываемые для системы образования, должны базироваться на научных достижениях в области психологии, образования и культуры. Для сохранения преемственности различных направлений формирования ответственного поведения и здорового образа жизни целесообразно использовать уже реализованные модели и программы. На современ-

ном этапе развития профилактики ВИЧ/СПИДа разработаны и осуществляются разнообразные профилактические программы, которые различаются по времени действия, целевой направленности, контингенту воздействия и технологиям обучения.

4.2. Основы профилактической работы со здоровыми учащимися

Условно благополучными по отношению к проблеме ВИЧ/СПИДа можно считать следующие категории несовершеннолетних и молодежи:

- учащиеся, которые не являются ВИЧ-инфицированными;
- учащиеся, которые не являются членами семей, где есть ВИЧ-инфицированный;
- учащиеся, которые по состоянию здоровья не относятся к уязвимым категориям населения в отношении инфицирования ВИЧ, т. е. не подвергаются медицинским манипуляциям, связанным с переливанием крови и пересадкой органов;
- учащиеся, которые не практикуют рискованные формы поведения, такие как инъекционное употребление наркотиков и незащищенный секс.

В профилактической работе с данной категорией учащихся основное внимание уделяется снижению факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией и усилению протективных факторов среди несовершеннолетних и молодежи.

Основными *условиями риска* заражения ВИЧ у детей, подростков и молодежи являются:

- употребление наркотических средств;
- безответственное сексуальное поведение.

Основными *протективными факторами*, усиление которых будет способствовать предотвращению заражения ВИЧ, можно назвать:

- личные ресурсы: самопринятие, самоуважение, уверенность в себе, способность принимать решения и т. д.;
- адаптивные стратегии поведения, способствующие формированию ответственности за свою собственную жизнь;
- осознанный выбор здорового образа жизни;
- навыки противостояния негативному влиянию среды;
- здоровая полоролевая и семейная идентификации личности;
- ответственное сексуальное поведение, включающее отсрочку сексуального дебюта.

В соответствии с наиболее важными факторами риска и защитными факторами в качестве основных составных компонентов профилактики ВИЧ/СПИДа можно обозначить профилактику наркоманий и половое воспитание.

4.2.1. Профилактика наркоманий как компонент профилактики ВИЧ/СПИДа

Употребление любых ПАВ приводит к изменению состояния психики, к снижению контроля над поведением и провоцирует его формы, связанные с риском

инфицирования ВИЧ-инфекцией, в частности незащищенный секс и инъекционное употребление наркотиков.

В рамках антинаркотической профилактики особое внимание уделяется формированию установок на отказ от употребления любых наркотических веществ.

Установка обуславливает связь между поступающей информацией и упорядоченностью поведения, благодаря чему информация влияет на человека. Иными словами, чтобы информация о вреде употребления наркотиков и безопасном поведении в ситуациях риска употребления наркотических средств действительно определяла поведение ребенка или подростка, необходимо формирование антинаркотической установки. Это особенно важно в условиях, когда уязвимость большинства молодых людей по отношению к инфицированию ВИЧ и употреблению наркотических средств вызвана не столько недостатком информации, сколько неспособностью молодого человека или подростка соединить имеющиеся знания с осознанием реального риска и необходимостью изменить поведение.

В структуре установки выделяют 3 компонента:

- информационный;
- оценочный;
- поведенческий.

Первый компонент — *информационный* — включает несколько информационных блоков. Первый информационный блок установки содержит данные о видах ПАВ и их свойствах. Второй содержит информацию о нормах и образцах наркотической субкультуры (осведомленность о способах употребления, о смысле символических действий, представление о людях, употребляющих психоактивные вещества, включая сведения о мерах безопасности при употреблении наркотиков). Третий представлен системой нормативных оценок наркотизма (отношением к его различным проявлениям в ближайшем социальном окружении, в обществе, знанием социальных и юридических аспектов наркотизма). Данные морально-этического характера содержит четвертый блок. Информационный компонент установки может также содержать опыт переживания измененного состояния и опыт введения наркотического вещества.

Информация способна вносить свой вклад в регуляцию поведения только тогда, когда становится личностно значимой. Это осуществляется в ходе формирования *оценочного* компонента установки. Процесс формирования «личностной значимости» новых объектов связан с характером отношений к носителю информации о новом объекте. Так, в пьющих семьях ребенок усваивает положительное отношение к алкоголю, если родитель — потребитель алкоголя — является для ребенка объектом любви и уважения. Предполагается, что этот процесс обеспечивается механизмом генерализации или эмоционального переноса: переноса отношения к субъекту на все, что с ним связано (его взгляды, поведение, манеру одеваться, говорить, привычки и т. д.).

Важным для практической профилактической работы является то, что процесс усвоения той или иной установки зависит от эмоциональной насыщенности ин-

формации и от ее модальности. Чем более информация эмоционально насыщена, чем глубже процесс ее переработки, усвоения, тем сильнее она вплетается в личностную структуру, становясь уже чем-то внутренним по отношению к личности, частью ее мировоззрения. Знание этой закономерности позволяет подобрать адекватные методы психологического воздействия в профилактической работе с несовершеннолетними.

Третий компонент установки — *поведенческий*. Этот компонент отражает реальное или предполагаемое поведение в ситуации, в которой человек стоит перед выбором: употребить или нет то или иное психоактивное вещество. Установки к употреблению различных наркотических веществ могут формироваться спонтанно в ходе социализации человека, а могут быть сформированы благодаря целенаправленной профилактической работе с несовершеннолетними и молодежью. Наличие антинаркотических установок может рассматриваться как показатель эффективности профилактики наркоманий у несовершеннолетних, а также как важный показатель снижения риска заражения ВИЧ вследствие рискованного поведения, связанного с употреблением наркотиков.

4.2.2. Половое воспитание как компонент профилактики ВИЧ/СПИДа

Половое воспитание — система медико-психологических, гражданских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодежи правильного отношения к вопросам пола. Цель полового воспитания — способствовать гармоничному развитию подрастающего поколения и нравственным межполовым отношениям, содействовать укреплению брака и семьи.

Система представлений о возможном и должном в сфере межполовых отношений у каждого человека складывается постепенно. Процесс этот происходит разными темпами, на фоне различной заинтересованности в получении соответствующих сведений. То, что для одного является преждевременным, для другого — пройденный этап. Человеку необходимо дорасти до понимания некоторых вещей, и искусственно ускорять или замедлять этот процесс вредно: результат будет деформированным. Необходимо лишь заложить его правильные основы.

Цель образовательного учреждения — заложить такие основы, расставить некоторые общезначимые ориентиры, избегая бестактности и навязчивости, не придавая этой сфере воспитания чрезмерно опережающего характера, но вместе с тем учитывая особенности возраста и характер физиологических сдвигов в организме учащихся.

С учетом сложившейся в стране ситуации *задачи полового воспитания* должны быть сформулированы следующим образом:

— привитие учащимся обоюбого пола основных навыков общения и взаимопонимания, а также умения принимать осознанные решения;

— формирование у учащихся позитивного отношения к здоровому образу жизни, планированию семьи и ответственному родительству;

— защита (методами воспитания) физического и репродуктивного здоровья учащихся;

— обеспечение учащихся грамотной и систематической информацией, которая даст им возможность понять, что с ними происходит, а также поможет адаптироваться к изменениям, происходящим в период полового созревания, пройти с наименьшими психологическими потерями этот непростой этап взросления.

При осуществлении полового воспитания необходимо придерживаться следующих *принципов*:

1. Половое воспитание должно осуществляться во взаимосвязи со всеми другими направлениями учебно-воспитательной работы школы, оно не должно быть обособленным.

2. Необходимо, чтобы содержание, формы и методы полового воспитания соответствовали возрастным особенностям учащихся (в том числе и этапам полового развития), а также уровню их знаний по конкретным темам. Они имеют право получать исчерпывающие (на их уровне) нравственно направляющие ответы на все возникающие у них вопросы.

3. При реализации программ полового воспитания необходимо учитывать культурные, религиозные и другие особенности учащихся.

4. Учащиеся, интересующиеся более глубокими и специфическими вопросами, должны получать требуемую информацию из бесед с приглашенными специалистами индивидуально или в небольшой группе.

Основными целевыми направлениями профилактической работы с данной группой учащихся будут:

— информирование по проблеме ВИЧ/СПИДа;

— поддержание ответственного и безопасного поведения (исключение рискованного поведения, безответственного сексуального поведения и употребления наркотиков).

При определении содержания, форм и методов профилактической работы по выделенным направлениям с категорией «здоровые учащиеся» необходимо учитывать возрастные особенности данной целевой группы.

Рассмотрим основное содержание и технологии профилактики ВИЧ/СПИДа в разных возрастных группах.

4.3. Профилактика ВИЧ в младшей возрастной группе учащихся

В настоящее время разработка профилактических программ, ориентированных на детей дошкольного и младшего школьного возраста, только начинается. В нашем пособии мы объединяем детей в возрасте от 3 до 10 лет в младшую возрастную группу, хотя, безусловно, дети в возрасте 3—5 лет сильно отличаются от 9—10-летних. По возможности мы укажем специфику профилактической работы в зависимости от возраста учащихся.

В рамках **информирования о ВИЧ/СПИДе** детям предоставляется информация о заболевании, способах передачи инфекции и способах защиты от заражения в соответствии с возрастом ребенка.

Детям до 5 лет предоставляются самые элементарные знания о ВИЧ-инфекции и СПИДе. Дети данного возраста не нуждаются в подробностях и не способны усвоить такие сложные термины, как «иммунная система», «вирус иммунодефицита человека». Сами дети не слишком интересуются проблемой ВИЧ-инфекции, хотя кое-что они могут знать благодаря СМИ. Их, скорее всего, будет интересовать вопрос о том, могут ли они сами заболеть СПИДом. Ответы на такие вопросы должны быть правдивыми, а объяснения — простыми и доступными для понимания малыша.

Дети 5—7 лет более способны к усвоению базовых знаний относительно ВИЧ/СПИДа. Им будет понятно, что «СПИД — болезнь, возникающая из-за инфекции, которая попала в кровь».

Детям такого возраста следует также знать, что ходить в школу и играть с ВИЧ-позитивным ребенком — безопасно, главное, чтобы игры не сопровождались драками. Детям доступны такие, например, рекомендации по безопасному поведению: «Не следует прикасаться к чужой крови или открытой ране другого человека, особенно если у тебя самого свежие раны».

Ребенок такого возраста может задать вопрос о том, как люди заражаются ВИЧ. Ответ должен быть правдивым и раскрывать все основные пути заражения ВИЧ-инфекцией: «Большинство подростков и взрослых могут заразиться ВИЧ, если используют одни и те же иглы, что и человек с ВИЧ, когда принимают наркотики». Стоит ли обсуждать с детьми такого возраста, что такое «презерватив» или «безопасный секс», лучше решать их родителям. На вопрос ребенка, могут ли дети заразиться ВИЧ, можно сказать, что очень немногие дети имеют ВИЧ, и большая часть из них получили этот вирус еще до своего рождения, потому что такой же вирус был у их мамы.

В рамках информирования о ВИЧ/СПИДе ребенка 7—10 лет важны достоверность, доступность и адекватность информации. Дети такого возраста уже хорошо воспринимают некоторые термины и понятия, такие как *антитела*, *иммунитет*, *иммунная система*, *клетка*, *T-хелпер*. Могут быть использованы простые схемы, объясняющие действия иммунной системы при обычных инфекциях и в случае проникновения в организм ВИЧ. Кроме того, дети могут усваивать знания о путях передачи ВИЧ, жидкостях человеческого организма, где концентрация вируса наиболее высока, и о том, как вирус иммунодефицита не передается. Важно объяснить ребенку, что при общении с ВИЧ-позитивными детьми в школе, через слюну и слезы, потовые выделения, укусы насекомых, через воздух, с водой или продуктами питания, при пользовании общей посудой, полотенцем инфекция не передается.

Кроме информирования о вирусе и болезни профилактика ВИЧ-инфекции в младшей возрастной группе предполагает **поддержание ответственного и безопасного поведения**, что в данном возрасте требует формирования ценности и навыков ведения здорового образа жизни, включая сексуальное здоровье и воспитание антинаркотических установок.

4.3.1. Формирование ценности и навыков здорового образа жизни и половое воспитание детей до 7 лет

В возрасте 3—4 лет дети приобретают знания о своем теле и основных жизненных фактах. Они начинают спрашивать, откуда берутся дети, и способны понять простые ответы, но не разбираются в отвлеченных понятиях или сексуальных проблемах взрослых. Они уже справляются с выполнением элементарных правил гигиены, т. е. умываются, чистят зубы, самостоятельно едят и засыпают. Дети этого возраста начинают понимать необходимость уединения. Лучшее, что могут сделать родители и специалисты образовательных учреждений, — это создать атмосферу, в которой ребенок не стесняясь задавал бы вопросы о разных частях тела, здоровье и сексуальности.

В 5—7 лет дети понимают более сложные стороны таких явлений, как здоровье, болезнь и сексуальность. Они интересуются такими вещами, как рождение, брак или смерть. Дети понимают ответы на свои вопросы, если они иллюстрируются конкретными примерами из повседневной жизни. Если, скажем, ваш ребенок до крови порезал палец, самое время объяснить ему, что микробы, вызывающие болезнь, могут попадать в организм через ранку. Ребенок в этом возрасте должен понимать, что нельзя принимать лекарства без разрешения родителей.

Дошкольный возраст (начиная с первого года жизни) относится к *паранубертатному периоду* психосексуального развития, в течение которого формируется **половое самосознание**.

Хотя совсем еще маленькие дети как будто не имеют никакого понятия о поле, известно, что они не только обладают сексуальным опытом, но и очень скоро составляют на этот счет определенное представление. Естественно, в большинстве случаев оно ошибочно. Поэтому если не исправить это ошибочное представление, в будущем оно способно нарушить сексуальную уравновешенность человека.

То, что происходит на ранней стадии полового развития детей, ничем не отличается от того, что случается в других сферах. Здесь тоже трудно исправить ошибки, если они были допущены с самого начала. Поэтому важно знать, какими бывают у детей ошибочные представления о поле. Это поможет не допустить нежелательных последствий, к которым они могут привести.

Очень часто представление ребенка о поле никак не проявляется, и тогда родителей и воспитателей должно беспокоить его отсутствие. Здоровые дети в возрасте 4—6 лет обычно задают вопросы, касающиеся пола, или сами комментируют какие-то понятия. Если они не делают этого, родителям можно порекомендовать как бы случайно самим затронуть эту тему, связав ее, например, с рождением какого-нибудь ребенка.

Приведем некоторые наиболее распространенные ошибочные представления о поле, которые возникают у детей в первые 6 лет жизни.

Девочки, как и мальчики, нередко уверены, что у женщин тоже есть половой член, а когда обнаруживают его отсутствие, задумываются, почему он не вырос, может быть, случилось какое-нибудь несчастье. Девочки часто волнуются, когда узнают, что устроены не так, как мальчики. Они считают, будто какая-то беда лишила их того, что есть у других; иногда они даже видят в этом наказание.

Одно из самых частых ошибочных представлений возникает по поводу рождения детей. Вместо того чтобы объяснить действительное происхождение ребенка, родители говорят малышу, что детей находят в капусте, что их приносит аист или покупают в магазине. Иногда утверждают, что дети появляются, если два человека любят друг друга. В некоторых случаях такая некорректная информация в последующие годы приводит к тяжелым последствиям. Так, у одной юной девушки, которая ничего не знала о том, откуда берутся дети, была половая близость с мужчиной, и возникшую беременность она никак не связывала с этой близостью, так как была убеждена, что ничем не рисковала: ведь она не была влюблена в партнера.

Как правило, все дети думают, что женщина вынашивает ребенка в желудке, и тот выходит через анальное отверстие. Они долго остаются в неведении, какие функции выполняет влагалище.

В тех случаях, когда дети застают родителей во время половой близости, они воспринимают происходящее не как проявление любви, а как самое настоящее насилие отца над матерью.

Дети, которым были преподаны слишком суровые уроки стыда или которых наказали, когда их застали в уединении играющими со своими половыми органами, начинают испытывать враждебность к ним, связывая с гениталиями нечто дурное.

Нетрудно понять, какой вред принесут детям подобные ошибочные представления, если позволить им развиваться дальше. Они приведут к восприятию половой функции как чего-то непристойного, агрессивного, страшного и тревожного. Ни один ребенок не в состоянии разобраться самостоятельно во всем этом в первые годы жизни. Напротив, вполне естественно, что у него складывается неверное представление о поле. Вот почему так важно, чтобы он мог свободно задавать возникающие у него вопросы.

И лучше всего, если именно родители или специалисты по согласованию с родителями помогут ему исправить ложное представление. Чем раньше это будет сделано, тем меньше у него останется времени для нездоровых размышлений и фантазирования.

Кроме информирования о вирусе и болезни профилактика ВИЧ-инфекции в данной возрастной группе предполагает *формирование ответственного и безопасного поведения и ценности здорового образа жизни*.

Отношение младших школьников к наркотикам и людям, употребляющим их, как правило, крайне негативное. Исключение составляют только дети, у которых такие люди есть среди старших друзей (часто это дети из неблагополучных семей или воспитанники сиротских учреждений). Представление о потребителе наркотиков у детей этого возраста, как правило, имеет мало общего с реальностью.

Данные исследований показывают, что младшие школьники из благополучных семей представляют себе наркоманов и распространителей наркотиков в виде «ходячих скелетов с черными зубами», «жутко выглядящими, больными».

В следующий возрастной период многие встречают реальных потребителей наркотиков, и расхождение с первоначальными представлениями приводит к тому, что подростки начинают полностью отрицать прежние представления о них и отношение к ним.

Что касается поведенческой готовности младших школьников в наркогенных ситуациях, то исследования показали, что наиболее опасной для детей этого возраста является ситуация пробы неизвестного привлекательного вещества в компании сверстников, а для детей 9—10 лет ситуация группового давления. Поэтому кроме информирования детей по проблеме наркомании необходимо формирование критического восприятия ситуаций, навыков принятия решений и способности в ситуации давления сказать: «Нет».

4.3.2. Половое воспитание детей 7—11 лет

В рамках полового воспитания младших школьников должны быть учтены основные особенности психосексуального развития детей в этом возрастном периоде.

Стадия психосексуального развития, совпадающая с периодом обучения в начальных классах школы, имеет разные названия в разных системах возрастной периодизации: *игровой, латентный, препубертатный* период. Если нижняя возрастная граница варьирует весьма незначительно и, как правило, определяется поступлением в школу, то верхняя довольно условна. Это связано с постепенностью полового созревания, индивидуальностью и зависимостью его темпов от пола.

Психология поведения в этом возрасте определяется связанной с началом обучения интенсивной социализацией и отсутствием выраженного полового метаморфоза. Хорошо известно, что дети одного возраста, обучающиеся в разных классах, отличаются друг от друга больше, чем дети разного возраста, обучающиеся в одном классе. Особенно разительны эти различия при переходе из 1 во 2-й и из 3 в 4-й классы.

Долгое время полагали, что младший школьный возраст сексуально нейтрален. В психоанализе он рассматривался как латентный период. Однако из общепризнанного факта дружбы с представителями своего пола как важной черты этого периода нельзя вывести положения о сексуальной латентности — оно относится скорее к гетеросексуальной активности, чем к сексуальным интересам, и не означает прекращения или временной остановки психосексуального развития мальчиков и девочек.

Возраст 9—10 лет — это период половой гомогенизации: подражания и привязанности мальчиков к отцу, а девочек к матери. Иногда переход к этому этапу происходит быстро, и изменение привязанностей ребенка особенно разительно.

Класс разбивается на два лагеря — мальчиков и девочек, измена своему лагерю осуждается и презирается.

Мальчики играют в военные игры, зачитываются «героической» литературой и подражают героям, рыцарям. Они больше тянутся к отцу, а при отсутствии его — к мужчинам вообще (преподавателям, руководителям мужских кружков и секций), проявляют настойчивый интерес к мужской работе.

Девочки в своем кругу обсуждают первых романтических героев, моды, ведение хозяйства, отдают предпочтение лирической литературе, особенно сближаются с матерью и при благоприятных отношениях с ней поверяют ей свои тайны, больше тянутся к учительницам, могут коллективно влюбиться в учителя-мужчину.

И для мальчиков, и для девочек это период формирования оценки себя как представителя определенного пола. Поляризация полов — естественная закономерность развития, внешне нередко проявляющаяся действиями агрессивного или оборонительного характера, отражающими скрытый интерес к другому полу.

В последнее время все чаще приходится наблюдать у девочек этого возраста мальчишески агрессивный стиль поведения, ранее проявлявшийся, и то не всегда и не у всех, лишь в пубертатном периоде. По-видимому, здесь сказываются и акселерация, и некоторое смещение половых ролей и представлений о маскулинности/фемининности в современном обществе и семье.

Существуют данные, опровергающие представления о сексуальной латентности ребенка 7—11 лет. Дети или не осознают, или скрывают свои сексуальные интересы и их проявления. Эта скрытность может значительно усиливаться и поддерживаться упущениями воспитания в дошкольном возрасте, следствием их в виде неосведомленности, стыда и страха, чувства греховности. Отчетливо прослежена тенденция постепенного учащения в этом возрасте мастурбации, гетеросексуальных и реже — генитальных игр.

Весьма показательны данные ретроспективных анализов. Треть мальчиков и девочек в этом возрасте впервые услышали о различии полов, причем подавляющее большинство получали сведения от сверстников и старших детей и многие воспринимали их эмоционально. В половине случаев мальчики и, несколько чаще, девочки уяснили роль отца, почти все мальчики и половина девочек — из объяснений сверстников и старших детей; эти сведения воспринимались многими с волнением, часто как нечто потрясающее.

Сущность беременности раскрылась для 60% мальчиков и 52% девочек, из них благодаря родителям — у 9% мальчиков и у 24% девочек и от специалистов — у 5—7% детей. Сущности полового акта родители не разъясняли, сведения же о нем получили 63% мальчиков и 43% девочек, причем из наблюдения полового акта соответственно — 30 и 19%, от сверстников и старших детей — 65% и 68%, из литературы — 10 и 24%. У трети мальчиков и двух третей девочек это вызвало эмоциональное, часто с отвращением, реагирование. О менструациях и поллюциях узнали 40% мальчиков (9% от отцов) и 66% девочек (61% от мате-

рей), о противозачаточных средствах узнали 45% мальчиков и 6% девочек (лишь единицы — от специалистов и родителей).

Приведенные данные свидетельствуют об ошибочности представления о сексуальной латентности младшего школьника. Различия сведений родителей о сексуальном поведении и интересах детей с одной стороны и молодежи — о своем детстве с другой стороны отражают, по-видимому, не только тенденции возраста, но и погрешности предшествующего полового воспитания. Разное время осведомленности в вопросах секса со слов родителей и со слов молодежи лишь усиливает это предположение.

Отсутствие должного внимания со стороны родителей, педагогов и врачей к половому воспитанию, преобладание мнения об асексуальности младшего школьника приводят к тому, что половое воспитание осуществляется тайными совоспитателями и зачастую способствует восприятию сексуальности как постыдной, запретной стороны человеческой жизни. Это неизбежно контрастирует с закономерным развитием половой идентификации и оформлением мужских и женских социальных ролей, что может нередко вести к возникновению конфликтно-невротического напряжения, иногда к невротической дезадаптации детей.

Поэтому так важно не откладывать половое воспитание. Уже в возрасте 9—10 лет дети проявляют повышенный интерес ко всему, что связано с сексуальной жизнью человека, и необходимо предоставить им достаточную информацию по этой теме.

Лучше всего, если половым воспитанием детей займутся их родители. Каждый родитель имеет уникальную возможность говорить с ребенком о сложных проблемах, предоставляя ему не только факты, но и те моральные и нравственные принципы, которые приняты в семье и которыми ребенок будет руководствоваться в будущем.

Научные исследования показывают, что дети полагаются на нравственное руководство своих родителей и нуждаются в нем. Но поскольку значительная часть родителей не готова к выполнению этой задачи, необходимо прежде всего обратить внимание на подготовку и образование самих родителей в этой области.

Следует помнить, что основной задачей полового воспитания в школе является формирование основ здоровых и нравственных межполовых отношений.

4.4. Профилактика ВИЧ среди подростков и молодежи

Профилактика ВИЧ-инфекции в данной возрастной группе предполагает формирование по проблеме ВИЧ/СПИДа и поддержание ответственного поведения учащихся. Работа включает в себя следующие содержательные блоки:

- информационный блок (основные сведения о ВИЧ-инфекции и СПИДе);
- блок «рискованное наркотическое поведение в отношении ВИЧ-инфекции» (профилактика наркоманий);
- блок «рискованное сексуальное поведение в отношении ВИЧ-инфекции» (половое воспитание);

— блок этических и правовых вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией (развитие толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям).

Рассмотрим основное содержание каждого из выделенных блоков.

4.4.1. Информирование о ВИЧ/СПИДе

Подросткам и молодым людям необходимо предоставлять достоверную и полную информацию о ВИЧ-инфекции, особое внимание уделяя путям передачи инфекции и способам защиты от заражения.

Основные вопросы, которые могут быть освещены в этом блоке:

- что такое ВИЧ и СПИД;
- как передается ВИЧ;
- каким образом ВИЧ не передается;
- кому угрожает заражение ВИЧ;
- что такое иммунная система и как ВИЧ воздействует на нее;
- от чего зависит скорость развития заболевания;
- что такое тест на ВИЧ;
- что означает «период окна»;
- когда имеет смысл проходить тестирование на ВИЧ;
- что означает сомнительный результат теста на ВИЧ;
- как избежать инфицирования ВИЧ.

Усвоение учащимися этой информации тесно связано с блоком этических вопросов: таким образом снимается нерациональный страх перед ВИЧ-инфицированными людьми и происходит формирование толерантного отношения к ВИЧ-положительным.

Рассматривая вопросы воздействия ВИЧ на иммунитет, необходимо сформировать у слушателей понимание того, что ВИЧ-инфицированный человек, будучи носителем вируса, может длительное время не обнаруживать клинических признаков заболевания и жить полноценной жизнью, соблюдая необходимые меры предосторожности.

Особого внимания требует тема диагностики ВИЧ-инфекции. Необходимо подробно разъяснить, что определяет тест на ВИЧ, всегда ли отрицательный результат означает, что человек не инфицирован, что такое «период окна». Следует также рассмотреть возможность получения ложноположительного результата.

Таким образом, цель данного информационного блока заключается не только в том, чтобы дать участникам полноценную и достоверную информацию о ВИЧ-инфекции, но и преодолеть фобические реакции и выработать более гуманное отношение к ВИЧ-инфицированным.

Уязвимость молодежи связана не только с недостатком информации о риске инфицирования ВИЧ, молодые люди зачастую не могут соединить имеющиеся знания с осознанием реального риска и необходимостью изменить поведение. Целью последующих двух блоков является закрепление информации о ВИЧ-инфекции и рискованном в отношении нее поведении в виде формирования практических навыков.

4.4.2. Профилактика рискованного наркотического поведения

В рамках профилактики рискованного наркотического поведения должны быть освещены следующие вопросы:

- парентеральный путь передачи ВИЧ;
- рискованные способы употребления наркотиков;
- риск совместного использования шприцев, игл и других приспособлений для приготовления инъекционного раствора;
- способы обработки инъекционного инструментария.

Несмотря на то что основной целью профилактики является полный отказ от употребления наркотиков, данный блок включает вопросы, связанные с безопасными в отношении ВИЧ-инфекции способами употребления наркотиков и правилами использования инъекционного инструментария. Это связано с тем, что несмотря на усилия профилактических программ, молодые люди не всегда могут отказаться от экспериментирования с наркотическими веществами. Исследования показали, что среди лиц, инфицированных ВИЧ в результате внутривенного введения наркотиков, доля тех, кто употреблял их эпизодически или даже пробовал всего один раз, достигала 60%.

Среди важных навыков поведения, которые необходимо сформировать или развить, главные — навыки сопротивления наркогенному давлению сверстников, способности контролировать свое поведение в наркогенных ситуациях и ситуациях группового употребления наркотических средств.

Кроме наркоманического поведения риск заражения ВИЧ связан с безответственным сексуальным поведением (частой сменой партнеров и незащищенным сексом), поэтому профилактика рискованного сексуального поведения является следующим содержательным блоком профилактической работы с подростками и молодежью.

4.4.3. Профилактика рискованного сексуального поведения (половое воспитание)

В рамках данного содержательного блока рассматриваются такие вопросы, как:

- половой путь передачи ВИЧ;
- виды сексуальных контактов и степень риска передачи ВИЧ-инфекции;
- различия в степени риска ВИЧ-инфицирования при сексуальных контактах для мужчин и женщин;
- методы защиты от ВИЧ при сексуальных контактах, правила использования презервативов;
- влияние употребления ПАВ на сексуальное поведение.

Возраст от 11 до 20 лет — время быстрых перемен и трудных исканий. Физические изменения — лишь часть процесса взросления. Одновременно с ними подростки и молодые люди сталкиваются с многочисленными психологическими проблемами: они становятся независимыми от родителей, учатся строить свои отношения со сверстниками, вырабатывают для себя комплекс этических

принципов, развиваются интеллектуально, приобретают чувство индивидуальной и коллективной ответственности. И это далеко не полный перечень того, что подросток испытывает в этот период жизни.

Вживаясь в новую для него сложную обстановку, подросток должен в то же время решать вопросы, связанные с формирующейся сексуальностью, а именно: приспосабливаться к новым половым ощущениям, включаться в разные формы сексуальной активности, распознавать возникающее чувство любви, предотвращать нежелательную беременность.

Споры относительно необходимости полового воспитания, особенно о целесообразности его проведения в школе, не утихают много лет. Определенное число родителей и некоторые представители церкви выступают против любой формы полового воспитания на базе общеобразовательной школы, считая, что такое воспитание должно проводиться либо в домашних условиях (где оно вписывается в контекст семейных ценностей), либо в учреждениях, действующих под эгидой церкви. С учетом отмеченного работа эта должна проводиться по согласованию с родителями и с их участием, а для этого необходимо обратить внимание на подготовку самих родителей в области полового воспитания детей.

Половое воспитание старших подростков и молодежи должно затрагивать более специфические вопросы, включая различные аспекты психологической и физиологической совместимости будущих супругов, непосредственные вопросы подготовки к созданию семьи, а также соотношение биологических, физиологических, психосексуальных качеств человека с определенными явлениями общественной жизни.

Пропаганда воздержания может быть успешной среди подростков младшего возраста, не имеющих сексуального опыта, но в большинстве других ситуаций принимая во внимание нравы современного общества, применять этот подход нецелесообразно. Кроме того, такой подход несет в себе элемент подавления: в конечном счете он представляет собой не что иное, как попытку запугиванием принудить подростков к воздержанию, а это может вызвать обратную реакцию. И уж коль скоро нельзя ожидать, что большинство имеющих сексуальный опыт подростков вдруг прекратят половые контакты, нужно по крайней мере дать им положительные модели полового поведения, акцентируя внимание на необходимости применения противозачаточных средств.

По нашему мнению, наиболее эффективным может оказаться компромиссный подход, подчеркивающий важность воздержания, но оставляющий подростку альтернативные варианты поведения.

Для практической реализации такого подхода необходимо следующее:

- поощрять принятие подростками самостоятельных здравых решений;
- предоставлять им наглядную информацию, иллюстрирующую неблагоприятные последствия для здоровья ранней беременности и заболеваний, передаваемых половым путем;
- оказывать моральную поддержку подросткам, решившим воздерживаться от половых контактов;

— способствовать укреплению взаимопонимания между подростками и родителями;

— привлекать к половому воспитанию подростков их родителей, а также пользующихся уважением других взрослых людей;

— предоставлять высококвалифицированные консультации и медицинскую помощь всем нуждающимся.

Надо также отметить, что подача правдивой информации о рискованной сексуальной активности в молодом возрасте, о том, как избежать насильственного полового акта или предохраниться от нежелательной беременности, ВИЧ-инфекции и ЗППП, отнюдь не способствует половой распушенности, а во многом повышает доверие к призывам воздержаться от секса вне брака.

В то же время объяснение связи употребления ПАВ с рискованными видами сексуальных отношений может послужить аргументом против использования наркотиков. Особо нужно подчеркнуть, что употребление ПАВ снижает контроль над поведением и повышает риск незащищенных сексуальных контактов.

Учитывая эпидемическую ситуацию в стране и в мире, важным содержательным блоком профилактической работы с подростками и молодежью является развитие толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям, что предполагает рассмотрение этических и правовых аспектов ВИЧ-инфекции.

4.4.4. Рассмотрение этических и правовых вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией

Основное содержание данного блока профилактической работы с подростками и молодежью касается следующих вопросов:

- влияние эпидемии ВИЧ-инфекции на общество и отдельных людей;
- отношение в обществе к ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированным;
- российское законодательство о ВИЧ-инфицированных гражданах;
- службы помощи ВИЧ-инфицированным;
- права ВИЧ-инфицированных.

Целью данного блока является осознание участниками условности деления общества на группы риска ВИЧ-инфицирования и понимание того, что эта проблема может коснуться каждого. С другой стороны, цель данного блока — создание экзистенциальной перспективы для инфицированного человека, поэтому необходима информация о правах ВИЧ-инфицированных, службах помощи и поддержки. Этот блок может не выделяться как отдельная часть профилактической программы, а может быть встроен в другие.

Таким образом, профилактика ВИЧ-инфекции среди здоровых учащихся разных возрастных групп предполагает предоставление детям, подросткам и молодежи адекватной их развитию информации о ВИЧ/СПИДе, а также формирование и поддержание безопасного и ответственного поведения.

4.5. Формы и методы профилактической работы

Организационными формами деятельности по предупреждению ВИЧ-инфекции в образовательном учреждении могут быть:

— фрагменты уроков и отдельные уроки в рамках таких учебных предметов, как биология, литература, обществоведение, история;

— факультативные занятия;

— консультации, организуемые для учащихся и родителей.

Дадим краткую характеристику каждой из обозначенных форм работы.

Наиболее массовой формой профилактической работы с учащимися является *включение учебных модулей в предметы общеобразовательного цикла*. С этой целью необходимо вводить соответствующие изменения в учебные программы, учебники и методические пособия по названным предметам без нарушения общей логики структуры и содержания их как предметов базисного учебного плана.

Учащиеся могут получить более детальную информацию по проблеме ВИЧ/СПИДа и научиться навыкам безопасного и ответственного поведения в рамках специально организованных занятий, например *факультативных*. Для проведения таких занятий необходимы учебно-методические комплекты, отвечающие требованиям, которые предъявляются к такого рода материалам. Желательно, чтобы на выбор учащихся были предложены различные варианты предметов для факультативного изучения, разработанные разными авторами и авторскими коллективами.

Консультации, организуемые для учащихся и родителей, с привлечением специалистов разного профиля, позволяют оказать адресную помощь и дать наиболее востребованную детальную информацию о различных аспектах ВИЧ-инфекции.

Вопрос о выборе методов и конкретных приемов психолого-педагогического профилактического воздействия является одним из центральных вопросов.

4.5.1. Методы профилактического воздействия на детей младшей возрастной группы

В работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста наибольший эффект может принести комбинированное использование элементов различных методов психологического воздействия — арттерапии, сказкотерапии, классических дидактических методов и приемов, таких как беседа, дидактические игры и т. д., а также метода групповой дискуссии и ролевых игр, адаптированных для нужд профилактической работы.

Дадим краткую характеристику наиболее подходящим психокоррекционным и дидактическим методам и рассмотрим специфику их применения в профилактической работе.

Наиболее адекватными для детей дошкольного и младшего школьного возраста методами психологического воздействия являются сказкотерапия и арттерапия.

Сказкотерапия. Само название метода указывает на то, что его основой является использование сказочной формы. Перспективность использования этого метода в работе с детьми в рамках профилактики приобщения к психоактивным веществам и при половом воспитании обусловлена следующим: форма метафоры, в которой созданы сказки, истории, наиболее доступна для восприятия ребенка. И в то же время воздействие с помощью метафоры является глубинным и удивительно стойким, так как затрагивает не только поведенческие пласты психики, но и ее ценностную структуру. Таким образом, возможна практическая реализация работы по формированию внутриличностных «антинаркотических барьеров», наличие которых и признается главным защитным фактором по отношению к возможной наркотизации, а также ценности здорового образа жизни и безопасного и ответственного сексуального поведения.

Эффективным может быть сочетание сказкотерапевтических техник с элементами арттерапии.

Арттерапия — метод, использующийся в качестве средства психолого-педагогического воздействия искусства.

Основная цель арттерапии — установление гармоничных связей с окружающим миром и с самим собой через искусство. Терапия искусством укрепляет личность ребенка, помогает структурировать его мировоззрение. Творя, дети познают мир и ищут свой язык, связывающий их с «большим» миром и наиболее точно выражающий их внутренний мир. Разнообразие способов самовыражения, положительные эмоции, возникающие в процессе арттерапии, повышают самооценку и адаптационные способности ребенка, т. е. усиливают факторы защиты от ВИЧ-инфекции.

Поскольку общепризнанно, что в детском, конкретном подходе к миру существенную роль играет активная манипуляция с объектами, особое значение в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста приобретает использование игровых методов, в частности ролевых и дидактических игр.

Ролевая игра — это метод обучения через практические действия. Ребенку предлагается проиграть какую-то жизненную ситуацию в зависимости от роли, которую он получил в соответствии с сюжетом. Использование ролевых игр позволяет обучить необходимым жизненным навыкам (в частности, навыкам поведения в ситуациях, связанных с возможностью вовлечения в наркотизацию или насильственного сексуального контакта).

В работе с детьми значительная роль отводится *дидактическим играм*. Дидактическая игра может быть и средством, и формой обучения и используется при освоении материала в разных видах деятельности детей. Она позволяет обеспечить ребенку необходимое количество повторений определенных действий и информационных материалов при сохранении эмоционально-положительного отношения к выполняемым заданиям.

В рамках информирования о ВИЧ/СПИДе детей младшей возрастной группы может использоваться комбинация сказкотерапевтических, игровых и арте-

рапевтических методов. Так, для большей наглядности можно нарисовать схему, объясняющую работу иммунной системы человека, когда организм борется против элементарной простуды, и что происходит, когда в организм попадает ВИЧ. Ребенку будет легче понять объяснения, если они будут даваться, например, по ходу сказки-игры «Волшебный замок», где организм человека — это замок, в котором живут сказочные жильцы замка (клеточки), есть свои защитники замка и его «захватчики» — вирусы.

Таким образом, использование элементов арттерапии, сказкотерапии, ролевых и дидактических игр в профилактике ВИЧ-инфекции способствует усилению защитных факторов и позволяет давать адекватную возрасту информацию о ВИЧ в доступной форме.

Информирование детей по проблеме ВИЧ-инфекции может проводиться и с использованием традиционных дидактических методов, в частности, рассказа и беседы.

Рассказ, объяснение помогают педагогу, психологу донести до детей новый материал.

Беседа предполагает диалог взрослого и детей, дает возможность детям задать интересующие их вопросы, высказать свое отношение к полученной информации.

С помощью словесных методов дети осваивают новые термины, которые постепенно входят в их активный словарь. Как рассказ, так и беседа должны по возможности сочетаться с *наглядными и практическими методами*. Это значительно повышает эффективность усвоения материала, делает его более понятным, доступным.

Наиболее подходящими в профилактической работе практическими методами обучения являются *мозговой штурм* и *групповая дискуссия*.

Мозговой штурм используется для стимуляции высказываний детей по определенным вопросам. Педагог или психолог предлагает детям высказывать идеи и мнения без какой-либо оценки или обсуждения этих идей и мнений и фиксирует все высказывания детей на доске до тех пор, пока не истощатся идеи или не кончится отведенное для этого время.

Затем может организовываться обсуждение высказанных идей в группах, (например, с помощью метода групповой дискуссии).

Групповая дискуссия — способ организации совместной деятельности учащихся под общим руководством педагога с целью решения групповых задач или воздействия на мнения и установки участников в процессе обсуждения. Использование этого метода в профилактической работе позволяет развить способность ребенка видеть проблему с разных сторон, уточнить собственную позицию по разным вопросам, сформировать навыки конструктивного сотрудничества и принятия группового решения, удовлетворить потребность детей в признании и уважении со стороны сверстников и педагога.

4.5.2. Методы профилактики ВИЧ в работе с подростками и молодежью

Наиболее оптимальной формой профилактической работы с подростками и молодежью является интерактивный семинар-тренинг.

Во время занятий по многим темам следует учитывать психологические трудности аудитории при обсуждении интимных вопросов. Для преодоления этого важно стимулировать различного рода дискуссии и использовать различные игровые методики.

Во время проведения занятий целесообразно использовать следующие технические приемы: *мозговой штурм, групповую дискуссию, ролевые игры, наглядные методы обучения.*

Мозговой штурм — способ быстрого включения участников в работу. Ведущий должен быть внимательным и стараться не пропустить ни одного высказывания, так как стеснительным людям бывает трудно высказываться вслух, и если их мнение не было «услышано», они замыкаются и больше не участвуют в занятии. Идеи, высказанные в рамках «мозгового» штурма, могут послужить основой для формирования активной позиции участников по обсуждаемым вопросам, с использованием, например, групповой дискуссии.

Групповая дискуссия позволяет всем участникам выразить свое мнение. Это способствует расширению опыта по заданной теме. Кроме того, в процессе такой дискуссии происходит переоценка не только знаний, но и поведения, формируются новые ценности. Желательно, чтобы количество участников было не меньше 8 человек, но и не превышало 12. Можно разбить группу на подгруппы и выбрать ведущего в каждой из них.

Формирование и отработка навыков безопасного и ответственного поведения может проводиться в рамках ролевых игр.

Ролевая игра — воспроизведение какой-либо жизненной ситуации по тематике занятия. Ролевые игры помогают преодолеть психологические барьеры, когда затрагиваются интимные вопросы или нужно выразить свои чувства. В то же время в ролевой игре происходят выработка и «апробация» новых навыков. Важно, чтобы участники не играли однотипные роли, и ни в коем случае нельзя допускать, чтобы кто-то стал «персонажем» в глазах других. Поэтому важно, чтобы во время обсуждения рассматривались не игровые моменты, а чувства участников и трудности при попытке вести себя определенным образом.

В ходе занятий хорошо использовать различные иллюстративные, в частности видеоматериалы. Однако их демонстрация не должна занимать слишком много времени, и каждая из них должна сопровождаться обсуждением.

Повысить эффективность профилактического воздействия на молодежь может использование *метода обучения «равный — равному»*, когда в качестве обучающихся выступают сверстники. Этот метод эффективен во многом благодаря тому, что юноши и девушки охотнее прислушиваются к людям одного возраста с ними. Это особенно очевидно в отношении таких деликатных тем, как секс

и сексуальное поведение, поскольку молодые люди могут воспринимать педагогов, родителей и других взрослых с недоверием и стеснением.

4.5.3. Профилактическая работа с учащимися группы повышенного риска заражения ВИЧ

С учащимися группы повышенного риска должна проводиться *информационно-просветительская работа* по тем же темам, по которым проводится обучение условно благополучных учащихся, однако при выборе конкретного содержания и формы организации занятий должны учитываться особенности рискованного поведения несовершеннолетнего или молодого человека и степень выраженности нарушений в его поведении. Кроме информирования важным направлением профилактической работы с учащимися группы риска является *изменение проблемного поведения и формирование и поддержка ответственного и безопасного поведения*.

Основная задача профилактики у группы риска — убедить учащихся добровольно и на длительный срок изменить свое поведение, сделав его более безопасным. Как этого достичь?

Существует ряд психологических закономерностей изменения поведения. Добровольный отказ от устойчивых привычек, как правило, происходит не сразу, а представляет собой более или менее длительный процесс, на протяжении которого человек проходит несколько этапов. Данную модель изменения поведения разработали американские ученые Джеймс Прочаска и Карло Ди Клементе, которые изучили накопленные психологией данные об отвыкании от различных зависимостей (курение, алкоголь, переедание и др.) и выявили общие закономерности, характерные для всех случаев успешного изменения поведения.

На каждом из этапов человеку, меняющему свое поведение, требуется соответствующая информация и поддержка.

Этапы изменения проблемного поведения:

1. *Учащийся даже не задумывается о том, что привычное поведение может быть опасным.* На данном этапе необходимо: привлечь внимание, шокировать, привести к осознанию собственного риска. Социальная реклама, плакаты, видеоклипы помогают человеку задуматься о проблеме.

2. *Учащийся начинает задумываться.* На данном этапе необходимо: сообщить конкретную информацию о степени риска, помочь проанализировать «за» и «против» изменения привычного поведения. В этом может помочь предоставление печатной продукции, где можно почерпнуть конкретную информацию о проблемном поведении, телефон доверия, а также индивидуальные и групповые консультации.

3. *Учащийся готов действовать.* В этот период необходимо обучить его новым навыкам и техникам самоконтроля, поощрять успехи, помочь изменить привычную обстановку, избегать рискованных ситуаций.

4. *Учащийся действует.* На этапе действий по изменению поведения необходимо создать систему самоподдержки, взаимоподдержки, профессиональной поддержки.

5. *Учащийся достигает устойчивого результата.* На данном этапе необходимо выработать чувство гордости за достигнутое, постоянное ощущение поддержки близкого человека.

Для достижения стабильных результатов нужны группы поддержки, социально-психологические службы, целенаправленная работа с окружением, родными и близкими.

4.6. Организация профилактической работы с семьями здоровых и проблемных учащихся

Семья имеет наибольшее влияние на ребенка, подростка и молодого человека. Поскольку многие темы, затрагиваемые в рамках профилактики ВИЧ-инфекции, имеют прямое отношение к этическим, нравственным нормам, необходимо, чтобы при организации профилактической работы в образовательном учреждении соблюдались права семьи, поддерживать ценности, разделяемые родителями. Наилучшим способом решения проблем этического характера является привлечение семьи к половому и антинаркотическому воспитанию детей.

В работе Ehrenberg (1988) описаны четыре основных типа отношения родителей к вопросам пола, которые проявляются в семейной жизни: репрессивный, избегающий, навязчивый и экспрессивный (описание основано на том, что взгляды обоих родителей на эту проблему совпадают, хотя это случается не всегда).

Репрессивный тип отношения охватывает случаи, когда родители строго внушают детям, что секс — это зло и непристойность. Обычно в такой семье запрещено произносить неприличные слова, двусмысленные шутки, ходить по дому в нижнем белье. Половое воспитание сводится к нескольким фразам: «Это неприлично», «Это опасно» и «Подожди, пока выйдешь замуж».

При *избегающем типе* родители проявляют более разумное и терпимое отношение к сексуальности. Они рассматривают это явление скорее как полезное, нежели вредное, однако совершенно теряются, когда речь заходит о конкретных половых вопросах. Такие родители избегают прямого обсуждения этой темы со своими детьми или превращают такое обсуждение в нудную лекцию. Сами того не подозревая, они выхолащивают идею тепла, человечности и любви, которая неотъемлема от понятия сексуальности, однако дети очень быстро распознают этот пробел.

При *навязчивом типе* отношения к сексуальности родители смотрят на секс как на полезное и здоровое явление, но перегибают палку и ставят его в центр всей семейной жизни. Они чересчур либеральны во всем, что касается сексуальной активности и иногда столь явно выставляют напоказ свою половую жизнь, что приводят в недоумение и замешательство собственных детей (например, могут открыто говорить о своих интимных отношениях или о своей коллекции

видеокассет с эротическими фильмами). Чрезмерное внимание к половым вопросам может раздражать детей или вызывать у них чувство подавленности. Так, например, если отец 8-летнего мальчика будет каждый месяц показывать сыну «Плейбой», ребенку, скорее всего, станет неприятен сам вид этого журнала.

Родители, чье отношение к половым вопросам можно охарактеризовать как *экспрессивное*, рассматривают секс как нечто естественное, при необходимости открыто обсуждают эту тему, но устанавливают разумные рамки для проявления сексуальной активности детей (точно так же, как всех других форм поведения). Они пытаются внушить детям, что сексуальность — это положительное и здоровое явление, не заслуживающее, однако, того, чтобы сосредоточивать на нем все свои помыслы.

Проведенные исследования показали, что лишь немногие родители способны правильно организовать половое воспитание детей. Данные опросов подростков свидетельствуют о том, что большую часть сведений о сексе они получают не в семье, а от друзей.

Эти факты свидетельствуют о необходимости проведения специальной работы с родителями.

Основными организационными формами этого направления профилактической деятельности в образовательном учреждении могут быть:

- «Школы для родителей» или «Родительские университеты» — обучающие группы для заинтересованных родителей;
- индивидуальные консультации по запросу;
- распространение информационной литературы (брошюр, буклетов, книг);
- совместные детско-родительские группы;
- группы поддержки, организуемые родительским активом.

Итак, семья играет очень важную роль в защите ребенка от опасного поведения. Откровенное обсуждение вопросов, связанных с профилактикой ВИЧ/СПИДа, между родителями и детьми позволит им усвоить способы безопасного поведения лучше чем что бы то ни было.

Важно понимать, что основными факторами риска заражения ВИЧ-инфекцией для детей и подростков могут явиться приобщение к употреблению наркотических веществ и раннее начало половой жизни. Значит, родители должны постараться уберечь своего ребенка от подобных нарушений в их поведении.

С этой целью родители в первую очередь не должны сами закрывать глаза на существование проблемы наркомании и раннего начала половой жизни современными детьми и подростками. Для этого они должны быть хорошо осведомлены в ряде вопросов: что такое наркотики; какие существуют виды наркотических веществ и какие из них преобладают в том регионе, где проживает семья; как развивается наркотическая зависимость; как выглядят наркотизирующиеся; что делать, если близкий человек — наркоман. Важно также знать, как и когда говорить с ребенком о половом воспитании и что делать с сексуально активными подростками.

4.7. Основы психолого-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных и членов их семей

В современной социально-психологической практике парадигма сопровождения (guidance) в оказании помощи людям с различными проблемами является одной из самых распространенных. Этимологически понятие «сопровождение» близко таким понятиям, как содействие, совместное передвижение, помощь одного человека другому в преодолении трудностей.

Сопровождение рассматривают как технологию комплексной помощи человеку, которая представляет собой взаимодействие сопровождающего и сопровождаемого, направленное на разрешение жизненных проблем сопровождаемого.

Понятие «сопровождение» употребляется для обозначения недирективной формы оказания социально-психологической помощи людям, направленной на активизацию собственных ресурсов человека и раскрытие перспектив для его личностного роста. Целью сопровождения является создание условий для перехода сопровождаемого от помощи к самопомощи.

Основные принципы социально-психологического сопровождения:

— рекомендательный характер советов сопровождающего: ответственность за принятие решения лежит на субъекте развития, а сопровождающий обладает только совещательными правами; ведущей идеей сопровождения выступает положение о развитии самостоятельности ребенка в решении актуальных для его развития проблем;

— приоритет интересов сопровождаемого на стороне ребенка: специалист стремится решить проблему с максимальной пользой для ребенка, вне зависимости от того, прав он или не прав, так как специалист системы сопровождения зачастую является единственным, кто способен поддержать ребенка в трудной ситуации;

— непрерывность сопровождения: специалист осуществляет постоянную поддержку ребенка до того момента, когда его проблема не будет решена или не наметится устойчивая тенденция к ее разрешению;

— мультидисциплинарность: социально-психологическое сопровождение требует комплексного подхода;

— стремление к автономизации: специалист старается избежать любого давления от администрации образовательного учреждения или других лиц из окружения ребенка, которое может быть направлено против интересов ребенка.

Процесс сопровождения является длительным и многоэтапным. Можно выделить следующие **этапы сопровождения:**

— проведение квалифицированной диагностики сути проблемы, ее истории и потенциальных сил ее носителей;

— информационный поиск методов, служб и специалистов, которые могут помочь решить проблему ребенка;

— обсуждение возможных вариантов решения проблемы со всеми заинтересованными людьми и выбора наиболее целесообразного пути решения;

— оказание сопровождаемым первичной помощи на начальных этапах реализации плана.

В качестве обобщающей цели данной системы сопровождения выступает создание условий для успешной социально-психологической адаптации сопровождаемых: ВИЧ-инфицированных детей и подростков и лиц из их ближайшего социального окружения.

Реализация перечисленных целей возможна только при включении ребенка (подростка) в активную социальную жизнь. Поэтому для эффективного социально-психологического сопровождения несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных целесообразно выстраивать эту деятельность на базе посещаемых им воспитательных и образовательных учреждений.

4.8. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных

Группа ВИЧ-позитивных учащихся является неоднородной. В зависимости от причин заражения, сопутствующих проблем и времени инфицирования такие учащиеся будут иметь различные особенности.

В то же время существуют общие для всех категорий ВИЧ-инфицированных проблемы, влияющие на социально-психологический статус ВИЧ-инфицированных. Такой проблемой является отрицательное отношение общества к ВИЧ-инфицированным.

4.8.1. Влияние стигматизации ВИЧ-инфицированных на их социально-психологический статус

По данным статистики, 46% опрошенных считают, что больных с ВИЧ следует изолировать от общества; 55% перевели бы своего ребенка в другое образовательное учреждение, если бы узнали, что там есть ребенок с ВИЧ/СПИДом.

Между тем ВИЧ-инфицированные дети в домашних условиях, в детском саду и школе угрозы для других детей не представляют. До сих пор не было зарегистрировано ни одного случая бытовой передачи ВИЧ-инфекции, поэтому наличие у ребенка ВИЧ-инфекции не должно служить причиной его изоляции от детского коллектива.

Право ВИЧ-инфицированных детей на обучение и воспитание реализуется с помощью действующего законодательства, согласно которому ВИЧ-инфицированный ребенок должен быть принят в любое учебное заведение на общих основаниях. Если по состоянию здоровья ему трудно посещать школу, органы управления образованием и образовательные учреждения с согласия родителей обеспечивают обучение такого ребенка по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

Для исключения случаев дискриминации ребенка в общеобразовательном учреждении, согласно существующим законам, информация о ВИЧ-статусе человека конфиденциальна и является врачебной тайной. Передать такую информацию врачи могут только самому ВИЧ-инфицированному, его законным представителям, а также учреждениям охраны здоровья и органам прокуратуры, следствия и суда.

До сих пор остается открытым вопрос о необходимости сообщать о диагнозе ребенка работникам детских учреждений. Вопрос действительно неоднозначный, поскольку ВИЧ-инфицированные дети нуждаются в специальном медицинском уходе, но, самое главное, они, как и все мы, нуждаются в активной, наполненной разносторонним и непредвзятым общением полноценной жизни. Конечно, проблеме дискриминации и стигматизации (стигма — клеймо) ВИЧ-инфицированных детей и подростков невозможно полностью решить только законодательным путем.

Необходимость хранения «постыдной тайны» и постоянный страх ее разоблачения крайне отрицательно сказывается на психологическом здоровье ВИЧ-инфицированных детей и членов их семей. Вместе с тем отрицательное отношение общества к ВИЧ-инфицированным людям является одной из ведущих причин сокрытия диагноза ребенка даже от самого несовершеннолетнего. Родители оберегают ребенка от той боли, которая сопровождает знание такой тайны, и боятся того, что ребенок не сможет сохранить ее.

В то же время, несмотря на то что возможность заражения ребенком с ВИЧ-инфекцией детей, контактирующих с ним в быту, ничтожно мала, необходимо обучать ВИЧ-инфицированных детей мерам предосторожности во время пребывания в общественных местах, что бывает затруднительно в условиях ограничения информации. Поэтому представляется необходимым изменение общественной позиции по отношению к таким детям, чему должно способствовать непрерывное и целенаправленное просвещение общества в области ВИЧ/СПИДа.

4.8.2. Особенности ВИЧ-инфицированных наркозависимых учащихся

Среди ВИЧ-инфицированных детей и подростков очень большой процент тех, которые страдают не менее страшным заболеванием — наркоманией.

Для несовершеннолетних с ВИЧ/СПИД, употребляющих наркотические вещества, характерно пренебрежение тем фактом, что они ВИЧ-инфицированы: «Я раньше умру от наркотика, чем от СПИДа». Решение их проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, неотъемлемо от решения проблем наркомании.

Главное, что приносит злоупотребление ПАВ в жизнь наркозависимого, — **нарушение психического развития и социализации**. Эти нарушения проявляются у наркозависимых ВИЧ-инфицированных детей и подростков следующим образом:

— *в когнитивной сфере*: нарушения памяти, ослабленное внимание, затрудненная координация движений, замедленность реакций; кроме того, наблюдается недостаток объективной информации о собственном состоянии и последствиях своего поведения;

— *в мотивационно-эмотивной сфере*: отсутствие навыков совладания со стрессом, превалирование депрессивного эмоционального фона, суицидальные мысли, суженная временная перспектива, отсутствие четких жизненных планов и мотивации собственных поступков, преобладание ценностей наркотической субкультуры;

— в *волевой сфере*: низкая сопротивляемость жизненным трудностям, зависимость от мнения значимой группы, снижение способности к произвольной саморегуляции;

— в *рефлексивной сфере*: статус диффузной идентичности или моратория, снижение самокритичности, низкий уровень рефлексивности вследствие мощной работы механизмов психологической защиты, актуализация переживаний, связанных с собственной смертью (в старшем подростковом возрасте), несформированная ответственность за себя и собственное здоровье;

— в *коммуникативной сфере*: нарушение межличностного общения в сторону повышения агрессивности или замкнутости, недостаток социальных навыков.

Часть этих нарушений обусловлена психологическими факторами и подлежит коррекции в рамках системы комплексного социально-психологического сопровождения. Другие нарушения (прежде всего нарушения в когнитивной сфере и отчасти нарушения эмоционального тонуса) для своей коррекции требуют вмешательства специалистов медицинского профиля.

4.8.3. Особенности детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей

Рост численности таких детей объясняется тем, что заражение ВИЧ происходит преимущественно в молодом возрасте — 15—35 лет, т. е. ВИЧ-инфицированные женщины часто находятся в репродуктивном возрасте.

У детей, инфицированных ВИЧ во время беременности или родов, развитие ВИЧ-инфекции может проходить быстрее, и без лечения достаточно велик риск того, что ребенок серьезно заболеет уже в первые годы жизни. Между тем одной из причин, приводящих женщин к решению о рождении ребенка, несмотря на свою тяжелую болезнь, является то, что инфицирование детей во время беременности и родов происходит далеко не всегда, и большинство детей рождаются абсолютно здоровыми. Риск передачи вируса зависит от ряда факторов, в том числе от стадии болезни матери в период беременности, состояния ее иммунологического и общего здоровья и от проведенного лечения матери и новорожденного.

Диагностика ВИЧ у детей, рожденных от инфицированных матерей, сложна. Определить, есть ли у ребенка ВИЧ-инфекция, можно не сразу, потому что тест на ВИЧ определяет наличие антител к ВИЧ, а в крови детей младше 18 месяцев еще могут сохраняться материнские антитела. Обнаружение антител к ВИЧ у детей первого года жизни не является достаточным основанием для постановки диагноза ВИЧ-инфекции, а исчезновение антител не может считаться основанием для его снятия. В этой связи дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей, должны наблюдаться длительное время (не менее трех лет от рождения).

Если ребенок оказывается инфицированным ВИЧ, на его развитие оказывают влияние **нарушения, вызванные основным заболеванием**. Наиболее частыми нарушениями при врожденной ВИЧ-инфекции являются *энцефалопатия* и *задержка темпов психомоторного развития*, кроме того, часто отмечается

органическое поражение головного мозга. При этом деструктивное влияние органического поражения ЦНС имеет системный характер: в патологический процесс вовлекаются все стороны психофизического развития ребенка — мотивационно-потребностная, социально-личностная, моторно-двигательная, эмоционально-волевая сферы, а также мышление, речь, деятельность и поведение.

В силу особенностей протекания основного заболевания ВИЧ-инфицированные дети вынуждены находиться в закрытых отделениях медицинских учреждений, что вызывает **вторичные отклонения развития, связанные с влиянием депривационных факторов.** При этом тяжесть последствий социальной депривации и трудность компенсации зависят от возраста, в котором ребенок лишился полноценных и устойчивых социальных отношений, а также от продолжительности и глубины нарушения контактов.

Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных детей раннего возраста отмечается *эмоциональная депривация* — лишение эмоциональных контактов с близкими людьми, особенно с матерью. Последствия материнской депривации негативно сказываются на дальнейшем развитии ребенка и могут привести к глубоким отклонениям в развитии личности. У таких детей отмечаются сниженное настроение, боязливость, настороженность, отсутствие любопытства, эмоциональной живости и непосредственности, могут проявляться агрессия по отношению к окружающим и к самим себе. Отсутствие адекватной коррекционной помощи этим детям приводит к возникновению вторичных нарушений в развитии, которые с началом школьного обучения приобретают характер школьной и, шире, социальной дезадаптации.

ВИЧ-инфицированный ребенок долгое время может не знать о своем диагнозе. Причины сокрытия диагноза от ребенка могут быть разными. Как правило, родители стараются уберечь своего ребенка от психологической травмы и социальной изоляции. Когда ребенок узнает, что болен ВИЧ-инфекцией, его реакция может быть разной — от чувства облегчения от того, что гнетущая его тайна раскрыта, до переживания кризиса, связанного с осознанием того, что он смертельно болен.

Подростки и молодые люди, заразившиеся ВИЧ-инфекцией или узнавшие о своей болезни в сознательном возрасте, так же как и взрослые люди, вынуждены приспособиться к своему диагнозу, принять его. Этот процесс не является одномоментным. При этом специалисту образовательного учреждения необходимо помнить, что каждый человек, находящийся в кризисе, очень нуждается в помощи и поддержке.

4.8.3.1. Этапы принятия диагноза ВИЧ-инфекция и помощь на каждом этапе

Человек, узнав о наличии у него ВИЧ-инфекции, проходит несколько стадий принятия болезни. Э. Кублер-Росс определила шесть стадий реакции на кризис, а С. Чаплинскас раскрыла их содержание для людей, узнавших о том, что им поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, и то, как можно облегчить их состояние.

1 этап. «Шок»

Обычно эта стадия начинается с того момента, когда человек впервые узнает о том, что он ВИЧ-инфицирован. На этом этапе человек может казаться спокойным, но на самом деле ему приходится справляться с беспорядочным потоком мыслей и чувств.

В это время очень важно не оставлять его одного, спокойно, без неприязни разговаривать с ним, не критиковать, побуждать говорить его. Следует говорить с человеком о его диагнозе, чтобы удостовериться в том, что он понимает результаты теста, отвечать на все его вопросы, узнать, что он собирается делать в следующие несколько часов и дней и обсудить возможности помощи ему.

2 этап. «Отрицание»

Оправившись от шока, человек обычно не может поверить, что все это происходит с ним. «Это невозможно, это какая-то ошибка», — обычно слышат от ВИЧ-инфицированного человека. Отрицание — это временная защита, позволяющая накопить как физическую, так и эмоциональную энергию. Она потребуется, чтобы справиться с чувством тревоги и страха, появившимся из-за угрозы жизни. Полное отрицание встречается редко. В большинстве случаев вместе с отрицанием человек чувствует глубокую обеспокоенность ситуацией, в которой он должен полностью понять и принять правду. Отрицание означает, что он не хочет говорить о себе.

Стадия отрицания может быть опасна и требует внимания специалиста в случаях полного отрицания, продолжающегося длительный период, и в случаях отказа пациента от лечения и советов врача.

3 этап. «Злость»

После шока следует период, когда отрицание уже становится невозможным. Его заменяют злость, гнев и недовольство. Инфицированный человек спрашивает себя и людей вокруг: «Почему я? Что я сделал? Чем я хуже других?» Злость выражается во всем. Она может быть направлена на близких, на медработников, на власть, на специалистов образовательного учреждения, сверстников.

На этой стадии очень важны терпимость и сопереживание. Облегчение наступает, после того как кто-то выслушает все упреки больного, позволит ему злиться, будет реагировать на это спокойно и без враждебности. Если возможно, специалист должен помочь пациенту понять настоящую причину его злости.

4 этап. «Преодоление»

За стадиями шока, отрицания и злости следуют попытки заключить сделку и изменить ситуацию. Пациент обещает изменить свое поведение, что-то сделать, хочет быть добродетельным в случае, если он поправится и больше не будет чувствовать боли. Очень важно слушать их размышления, которые обычно говорят о развившемся чувстве вины. Инфицированные люди чувствуют себя виноватыми

из-за своего прежнего поведения, они относятся к ВИЧ как к наказанию за свою жизнь. Чувство вины обычно выражается очень сильно. Результатом становится депрессия, разрушительно действующая на человеческую жизнь. Может иметь место уменьшение и ограничение активности, отказ от удовольствий в надежде, что эти самоограничения будут вознаграждены.

Помощь должна быть направлена на снижение чувства вины и убеждение инфицированного в том, что болезнь — не наказание. В общении с пациентом специалисты должны побуждать его к выбору продуктивной и полной жизни.

5 этап. «Депрессия»

Когда инфицированный человек узнает свой диагноз, он чувствует подавленность, грусть, страх за будущее, страх быть отвергнутым и остаться в одиночестве. Депрессию обычно усиливает низкая самооценка. Из-за того, что в наше время идеализируют человеческое могущество и совершенное здоровье, человек, заболевший летальной болезнью, воспринимает ее как собственную неудачу, поражение, чувствует себя слабым и жалким, хуже других.

На этой стадии важно позволить человеку выразить свои чувства, свою грусть. Специалисту нужно стараться успокоить его, настроить на оптимистическое восприятие, на мысли о приятных и смешных вещах. Нужно определить страхи пациента и помочь побороть их. В основном пациенты боятся последствий болезни: возможных заболеваний, одиночества и реакции людей на его болезнь. Депрессия обычно проходит после устранения истинных причин беспокойства и поиска путей гарантированного получения медицинской помощи, финансовых средств, круга общения и поддержки близких людей.

6 этап. «Принятие»

Если у человека достаточно времени, если необходимая помощь оказана и, что самое главное, если ему не мешали, он достигает состояния, когда диагноз и его осознание больше не вызывают ни злости, ни депрессии. Ему становится легче, он снова начинает уважать и ценить себя, возвращаются интересы и желание общаться.

При оказании психологической помощи важно не мешать человеку с ВИЧ-инфекцией проходить все фазы кризиса, не подгонять его. Важно просто быть рядом, показывая свое участие, заботу и готовность помочь. Эти стадии для инфицированного человека — своего рода защитные механизмы, помогающие выжить в сложных жизненных обстоятельствах. Они могут длиться больше или меньше, заменять друг друга или существовать отдельно.

4.8.4. Психологические проблемы семей с ВИЧ-инфицированным ребенком

В случае заболевания ребенка семья сталкивается с целым спектром проблем, таких как социальное отвержение, страх смерти, потеря жизненной перспективы,

ухудшение материального положения, обусловленное большими затратами на лечение и ограничением трудоспособности больных членов семьи и лиц, осуществляющих уход за ними. Кроме того, в таких семьях имеет место дополнительное эмоциональное напряжение, связанное с переживаниями за ребенка.

Характерным для такой семьи является сосредоточение на проблеме здоровья ребенка, по отношению к которому родители чувствуют себя виноватыми и становятся гиперопекающими. Они стараются уберечь ребенка от любых нагрузок и компенсировать ему его болезнь, стараясь уберечь его от всех забот и трудностей. По данным статистики, каждый десятый родитель считает, что таким детям не стоит выполнять работу по дому и иметь определенные обязанности. Результатом подобного отношения является повышенная зависимость ребенка от родителей и затруднения даже в тех проблемах, которые он вполне мог бы решать самостоятельно.

Болезнь ребенка оказывает большое влияние и на супружеские отношения между его родителями. Некоторые семьи распались на ранних этапах из-за того, что отцы уходили из семей сразу после выявления заболевания, других беда сплотила еще больше.

Родители инфицированного ребенка во многих случаях склонны к самоограничениям в собственной жизни: отказ от супружеских отношений, отказ от собственных увлечений, любимой работы и т. д. из желания дать больному ребенку как можно больше.

Но главная проблема — переживания, которые есть в семье: «Останется ли ребенок здоровым?», «Что будет с ребенком, если мы (я) умрем?», «Как уберечь его от дискриминации?». Вследствие многолетнего стресса у многих членов этих семей развиваются психосоматические и невротические расстройства.

Многие семьи до сих пор считают необходимым соблюдать тайну заболевания ребенка из-за возможной социальной дискриминации, с которой встречалась уже эта семья или другая, подобная ей. Естественное следствие этого — социальная изоляция семьи, зачастую даже в рамках «большой», например родительской, семьи. Часто по вполне понятным причинам родители не знают, как сказать подрастающему ребенку о его заболевании и связанных с ним ограничениях в половой жизни, хотя понимают необходимость такого объяснения. Все это вместе взятое ведет к сильному эмоциональному напряжению в семье, взаимному раздражению и обидам.

4.8.5. Психологические проблемы семей с ВИЧ-инфицированным наркозависимым ребенком

Современной наркологией и психологией безоговорочно признается тот факт, что изменения в жизнедеятельности одного из членов семьи, в частности разнообразные нарушения поведения или тяжелые заболевания автоматически приводят к изменению функционирования всей семьи как целостной системы по принципу формирования созависимости.

Созависимость — это болезненное состояние, характеризующееся сильной поглощенностью и озабоченностью человеком, страдающим хроническим заболеванием. Оно затрагивает все стороны жизни созависимого человека и проявляется как в психологических трудностях, так и в нарушении взаимоотношений с окружающими, в проблемах со здоровьем.

Основные психологические изменения, происходящие с родителями наркозависимых ВИЧ-инфицированных детей и подростков:

— созависимый испытывает хронический страх за жизнь и здоровье ребенка, и его жизненные планы концентрируются вокруг больного члена семьи;

— у созависимого преобладает депрессивный фон настроения, астения;

— созависимый теряет способность контролировать свое поведение; он перестает управлять своей жизнью, лишь реагируя на то, что делают, чувствуют, думают другие;

— созависимый склонен к самообману и отрицанию неприятных сторон своей жизни (различные виды психологической защиты);

— чувства у созависимого как бы заморожены: он легко определяет чувства другого человека, знает, почему и как эти чувства возникают у другого человека, но не может и, главное, не хочет говорить о своих;

— у созависимого низкая самооценка (вплоть до ненависти к себе);

— воспитательный стиль созависимого отличается непоследовательностью: он пытается держать наркозависимого ВИЧ-инфицированного ребенка в жестких, иногда деспотичных рамках и в то же время чрезмерно к нему лоялен;

— созависимый всеми силами стремится сохранить позитивное впечатление о семье среди окружающих и создает непроницаемые границы вокруг своей семьи с ее проблемой, что затрудняет получение помощи извне;

— созависимый переживает одиночество и чувство вины за происходящее.

Перечисленные изменения личности родителей или других близких наркозависимых ВИЧ-инфицированных характеризуют попытку членов семьи приспособиться к зависимости близкого человека от наркотических веществ, сопровождающейся неизлечимым, труднопредсказуемым заболеванием. Это приспособление носит патологический характер и происходит ценой личностных и межличностных потерь, приводящих к нарушению жизни всей семьи в целом.

Изменяются отношения наркозависимых ВИЧ-инфицированных и с братьями и сестрами, становясь, как правило, более конфликтными и дистанцированными. В то же время у братьев и сестер наркозависимых может развиваться так называемое «псевдородительское состояние», выражающееся в попытках проявлять повышенную заботу и ответственность в адрес отдельных (или даже всех) членов семьи на фоне выраженных личностных нарушений тревожного ряда. Это делает детей, братья или сестры которых являются наркозависимыми и ВИЧ-инфицированными, самостоятельным объектом системы социально-психологического сопровождения.

Существенным является то, что эти изменения в отношениях внутри семьи создают для специалистов препятствия при оказании помощи члену семьи, де-

монстрирующему трудное поведение. Поэтому при оказании психологической помощи наркозависимым ВИЧ-инфицированным детям и подросткам необходимо вовлечение в этот процесс семьи больного.

4.8.6. Формы и методы помощи ВИЧ-инфицированным и их семьям

Система социальной и психологической помощи ВИЧ-инфицированным детям и их семьям находится в самом начале стадии становления. Во многом это обусловлено дискриминацией ВИЧ-инфицированных в обществе, из-за которой многие из них вынуждены скрывать свой статус. Это становится причиной того, что специалисты образовательных и воспитательных учреждений, осуществляющие социально-психологическую помощь несовершеннолетним, как правило, не владеют информацией о том, что у ребенка есть такая проблема, в связи с чем возможность их содействия в решении проблем ВИЧ-инфицированных детей и членов их семей становится довольно ограниченной.

Основным ресурсом социально-психологической помощи для ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних и их семей в настоящее время выступают **СПИД-сервисные организации**. Поэтому для решения вопросов организации помощи ВИЧ-инфицированным целесообразно обратиться к их опыту.

На данный момент в России действуют сотни организаций, в той или иной степени занимающихся оказанием социальной и психологической помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей. Значительная часть из них относится к негосударственному сектору. Одним из ведущих видов оказания помощи, которую предоставляют такие службы, является организация групповой поддержки для людей с ВИЧ-инфекцией.

4.8.6.1. Службы групповой поддержки для людей, живущих с ВИЧ

Первые службы групповой поддержки людей, живущих с ВИЧ, появились в начале 80-х гг. прошлого века. В начале эпидемии в США и странах Европы люди с ВИЧ практически не имели никаких ресурсов для поддержки и ухода, и группы взаимопомощи зачастую в буквальном смысле спасали жизни людей.

В России первая служба групповой поддержки людей с ВИЧ появилась в 1994 г., и интерес к этой форме поддержки постоянно возрастает. Именно группа помогает научиться жить с ВИЧ и оказывать поддержку людям в похожей ситуации.

Главной особенностью любой группы является то, что она объединяет людей с общей проблемой для решения тех вопросов, которые беспокоят участников. Это может быть как группа, объединяющая людей с ВИЧ в целом, так и группа узконаправленная, например ВИЧ-положительных женщин, ожидающих рождения ребенка, или группа потребителей наркотиков с ВИЧ, преодолевающих зависимость по 12-шаговому методу.

Группы, занимающиеся оказанием поддержки людям с ВИЧ, можно разделить на три основных вида: *группы поддержки, группы взаимопомощи и психотерапевтические группы.*

Группы поддержки

Группы поддержки особенно эффективны для людей, находящихся в кризисной ситуации. На группе инфицированные или члены их семей могут научиться говорить о ВИЧ, обсудить свои чувства и проблемы, принять факт наличия у себя или близкого человека ВИЧ и найти ресурсы для поддержки и решения проблем.

Главной особенностью группы поддержки является то, что ее ведущий — оплачиваемый сотрудник организации: психолог либо социальный работник, который может быть как ВИЧ-отрицательным, так и ВИЧ-положительным. Группы поддержки обычно не имеют членства или ограничений по количеству. Правила группы либо полностью определяются специалистами, либо решение о них принимается совместно с участниками группы. Участники группы могут обмениваться опытом в решении проблем, понять, что их ситуация и проблемы не уникальны, получить уникальные социальные навыки (например, научиться свободно говорить о своей ВИЧ-инфекции).

Сходным видом помощи ВИЧ-инфицированным с группами поддержки, но не аналогичным им по форме проведения и целям является работа групп взаимопомощи.

Группы взаимопомощи

Цели и задачи группы определяются потребностями реальных участников и продиктованы их повседневными проблемами, взаимопомощь строится на желании людей активно решать свои проблемы.

Собрания группы взаимопомощи проводятся в той же форме, что и группы поддержки. Их главным отличием является то, что ответственность за работу группы и проведение встреч лежит не на специалистах, а на самих людях, живущих с ВИЧ. Создание такой группы возможно только по инициативе ВИЧ-положительных активистов. В таком виде групп место ведущего занимает наиболее инициативный участник группы, в функции которого входит следить за соблюдением правил группы.

Группа взаимопомощи является хорошей возможностью для получения новой информации и навыков. Известно, что человек усваивает больше знаний, если он учит других. Кроме того, люди гораздо охотнее верят реальному опыту, чем информации о жизни с ВИЧ, предоставленной специалистом. Что же касается социальных навыков, то их проще всего приобретать в кругу своих. Активная помощь друг другу помогает каждому участнику группы гораздо быстрее разобраться с собственными трудностями, чем в случаях, когда он только получает помощь.

В большинстве случаев участники группы сотрудничают со специалистами, проводя открытые встречи, принимая участие в исследованиях по оценке потреб-

ностей, фокус-группах и других мероприятиях. Специалисты организации могут консультировать активистов, обучать коммуникационным навыкам участников группы.

Другой принципиально отличающейся от групп поддержки и взаимопомощи формой помощи ВИЧ-инфицированным является психотерапевтическая группа.

Психотерапевтические группы

Основная особенность такой группы — наличие определенной цели, к которой ведет профессиональный психотерапевт. В результате участия в психотерапевтической группе у участников формируются новые представления о себе, об окружающих, о своем месте в мире, углубляются навыки общения, происходит личностный рост в целом. Люди, остро нуждающиеся в поддержке и одобрении, чаще всего еще не готовы к групповой психотерапии. От участников зачастую требуется сталкиваться с очень болезненными для них вопросами, при этом ведущий и другие участники совершенно не обязаны его поддерживать. В связи с этим не рекомендуется проводить занятия в психотерапевтических группах для людей, находящихся в кризисе.

Психотерапевтическая группа ограничена в размерах (обычно 9—12 человек). В идеале участники психотерапевтической группы не должны иметь никаких отношений и связей друг с другом вне группы. Цели группы и форма ее проведения могут отличаться в зависимости от конкретного психотерапевта, и они предварительно оговариваются между участниками и ведущим.

Наряду с групповыми формами помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей могут осуществляться другие виды психологической помощи, такие как психологическое консультирование (очное или телефонное), индивидуальная, групповая или семейная психотерапия.

4.8.6.2. Сопровождение ВИЧ-инфицированного ребенка в образовательном учреждении

Одним из основных направлений работы по сопровождению ребенка с ВИЧ в образовательном учреждении является формирование толерантности по отношению к людям с ВИЧ на основе информированного принятия. Сопровождение ВИЧ-инфицированных детей и подростков, проводимое на базе общеобразовательных учреждений, требует постоянного социально-психологического мониторинга со стороны психологов-консультантов из медико-психолого-педагогических консультаций или других организаций, специализирующихся на оказании помощи ВИЧ-инфицированным людям.

Необходимо учитывать, что при проведении работы по социально-психологическому сопровождению ВИЧ-инфицированных детей и подростков чрезвычайно важно соблюдать этические и законодательные нормы, предписывающие, в частности, сохранение конфиденциальности информации о заболеваниях сопровождаемых.

ВИЧ-инфицированные дети, как и все дети, имеют право на полноценную жизнь. Им необходима активная, богатая впечатлениями жизнь. Главнейшей для маленького человека является возможность общения с другими детьми и взрослыми, их расположение и принятие.

* * *

Контрольные вопросы и задания

В чем состоит роль специалистов образовательных учреждений в профилактике ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних и молодежи?

Каковы основные направления профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде?

Какие программы профилактики ВИЧ-инфекции существуют?

Каковы основные субъекты и объекты профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде?

Охарактеризуйте основные условия риска заражения несовершеннолетних и молодежи ВИЧ и основные условия защиты от инфицирования.

Дайте характеристику основным направлениям профилактики ВИЧ-инфекции среди здоровых учащихся в зависимости от их возраста.

Охарактеризуйте основные формы и методы профилактической работы со здоровыми учащимися.

Какие виды помощи должны быть оказаны учащимся группы повышенного риска заражения ВИЧ на каждом этапе изменения проблемного поведения на более безопасное и ответственное?

Дайте характеристику сопровождения ВИЧ-инфицированных в образовательных учреждениях.

В чем состоит специфика работы с детьми ВИЧ-инфицированных матерей?

Охарактеризуйте основные виды помощи семьям ВИЧ-инфицированных наркозависимых несовершеннолетних в образовательных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

- Белозеров Е. С., Клебанов Я. А., Сапарбеков М. К. СПИД. — Алматы: Ана-
тили, 1995.
- Беляева В. В., Ручкина Е. В. Консультирование в системе реабилитации при
ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 1. —
С. 53—56.
- Власов Н. Н. и др. ВИЧ-инфекция. Основы комбинированной противоретровирусной
терапии. — СПб., 1998.
- Доклад о глобальной эпидемии СПИДа (2004 г.) / 4-й Глобальный доклад. —
ЮНЭЙДС, 2004.
- Должанская Н. А., Бузина Т. С. ВИЧ-инфекция в наркологической практи-
ке. — М.: Анахарсис, 2000.
- Змушко Е. И., Белозеров Е. С. ВИЧ-инфекция. — СПб: Питер, 2000.
- Змушко Е. И., Белозеров Е. С., Митин Ю. А. Клиническая иммунология. —
СПб.: Питер, 2001. — 574 с.
- Информационно-просветительский журнал «Туберкулез. ВИЧ/СПИД. Алкого-
лизм. Наркомания». — 2004. — № 7.
- Культуральные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/
СПИД в России / Под ред. В. В. Колкова. — М.: Права человека, 2003.
- Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности. Стигма
и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. — ЮНЭЙДС, 2002.
- Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД
в образовательной среде / Министерство образования РФ. — М., 2005.
- Лицом к лицу со СПИДом. Программный доклад об исследованиях Всемирного
банка / Пер. с англ. — М.: Весь мир, 1998.
- Лобзин Ю. В., Жданов К. В., Иванов К. С. К вопросу о врачебной экспертизе
ВИЧ-инфицированных // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. — СПб., 1997. —
С. 95—96
- Лысенко А. Я., Турьянов М. Х., Лавдовская М. В., Подольский В. М. ВИЧ-ин-
фекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. — М., 1996.
- Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. — М.:
Мир, 1998.
- Медико-социальная служба и ее значение в профилактике СПИДа и других
актуальных инфекций. — СПб.: ССЗ, 1998.
- Онищенко Г. Г. Задачи органов управления и учреждений здравоохранения
по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федера-
ции // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 1.
- Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция:
Клиника, диагностика и лечение. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.
- Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркоти-
ки / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. —
Копенгаген, 1998.

Рахманова А. Г. ВИЧ-инфекция: Клиника и лечение. — СПб.: ССЗ, 2000.

Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде. / Н. А. Сирота и др. — М.: Социальный проект, 2003.

Сборник программ по профилактике злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними / Под науч. ред. Л. М. Шипицыной. — СПб.: Образование и культура, 2003.

Сельцовский А. П., Юшук Н. Д., Поляков С. В. Организация и проведение просветительской работы по проблеме ВИЧ/СПИД среди учащихся старших классов общеобразовательных школ: Методические рекомендации № 8. — М.: Комитет здравоохранения, 2002.

Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1994. — 283 с.

Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение и психосоциальные расстройства у подростков // Обзор психиатр. и мед. псих. — 1995. — № 1.

Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркоманий и алкоголизма: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003.

Фланаган В. Ф. Вирус иммунодефицита человека, СПИД и права человека в России.— СПб., 2000.

Франкхам Дж., Канабус А. Поговорим с подростками о СПИДе: Пособие для родителей. — Таллин: Эстонская ассоциация АНТИ-СПИДа, 1993.

Шувалова Е. П. Инфекционные болезни. — М.: Медицина, 2001.

Ярилин А. А. Основы иммунологии. — М.: Медицина, 1999.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДа В ДЕТСКО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Формат 60x84¹/₁₆ Тираж 1000 экз.

Печ. л. – 5 Заказ № 18354

ООО «Фирма «ВАРИАНТ»
117105 г. Москва, Нагорный проезд, д. 10а
Тел.: (495) 730-30-90, факс: (495) 730-30-91
www.polyvariant.ru

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Для заметок