

Консултирование до и после теста на ВИЧ



Руководство

Консультирование до и после теста на ВИЧ

Руководство

Консультирование до и после теста на ВИЧ: Руководство. – М.: «Права человека», 2007. – 115 с.

Руководство входит в комплект учебно-методических материалов по обучению медицинских работников в рамках апробации стратегии интеграции профилактики ВИЧ-инфекции в службу охраны здоровья матери и ребенка, осуществляемой совместно Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Фондом ООН в области народонаселения, ЮНФПА.

Издание данного Руководства осуществлено в рамках совместной инициативы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) «Координация в действии: применение «трех ключевых принципов» эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации».

Данная инициатива осуществлялась при поддержке Департамента международного развития Великобритании (DFID) и Агентства по международному развитию Швеции (Sida).

Материалы, использованные для адаптации руководства, были предоставлены СПИД Фондом Восток–Запад, AFEW, в том числе Учебное руководство Международного центра программ по СПИДу при Институте общественного здравоохранения им. Мэйлмэна Колумбийского университета (авторы: Мириам Рабкин, Вафаа Эль-Садр, Элейн Эйбрамз).



Издано при финансовой поддержке Фонда ООН
в области народонаселения, ЮНФПА.

Руководство предназначено для специалистов, непосредственно занимающихся консультированием клиентов до и после прохождения теста на ВИЧ. Структурирование материала по разделам и приложениям позволит консультанту легко и быстро найти нужную информацию. В разделе I «Консультирование до и после теста на ВИЧ» представлена информация об элементах ДКТ, детально расписаны процесс, техники и компоненты консультирования до и после теста на ВИЧ, уделено внимание консультативному контакту и развитию диалога с клиентами, а также перечислены наиболее распространенные ошибки при консультировании. Раздел II «Профилактика передачи ВИЧ» посвящен программам профилактики ВИЧ-инфекции, направленным на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в уязвимых группах. Основные подразделы: профилактика передачи ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков, профилактика передачи ВИЧ при сексуальных контактах, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.

Приложение I «Иммунная система» содержит информацию о том, как работает иммунная система и какое влияние оказывает на нее ВИЧ-инфекция.

Приложение II «Передача ВИЧ» содержит информацию о жидкостях организма, содержащих ВИЧ, путях и вероятных факторах передачи ВИЧ-инфекции.

В приложении III «Течение болезни» вы найдете ответы на вопросы: Что происходит, когда человек подвергается контакту с ВИЧ-инфекцией? Какие периоды можно выделить в течении болезни?»

Приложение IV «Тестирование» включает перечень основных лабораторных тестов и алгоритмов лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.

Приложение V «Медицинское наблюдение» содержит информацию о дополнительных видах исследований для ВИЧ-положительных клиентов: серологических тестах для выявления СПИД-индикаторных инфекций и иммунологическом обследовании.

В приложении VI «Влияние лечения на течение ВИЧ-инфекции» говорится об антиретровирусной терапии (АРТ), которая является неотъемлемой частью комплексной терапии ВИЧ-инфекции, а также о правильном применении существующих схем терапии.

В приложении VII «Оппортунистические инфекции» акцент сделан на том, что в течении ВИЧ-инфекции наступает момент, когда снижение иммунитета делает возможным развитие оппортунистических заболеваний.

В приложении VIII перечислены законы и подзаконные акты Российской Федерации, касающиеся ВИЧ-инфекции.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
-------------------	---

РАЗДЕЛ I Консультирование до и после теста на ВИЧ7

1. Международный опыт и рекомендации	7
2. Консультирование и тестирование на ВИЧ	7
3. Основы консультирования	11
4. Консультирование до теста на ВИЧ	25
5. Консультирование после теста на ВИЧ	29
6. Консультирование людей, живущих с ВИЧ	33
7. Психологические аспекты жизни с ВИЧ	39
8. Закономерности изменения поведения. Процесс принятия решения и модели изменения поведения	47
9. Раскрытие ВИЧ-статуса в педиатрической практике: разговор с ребенком о ВИЧ-инфекции	54

РАЗДЕЛ II Профилактика передачи ВИЧ71

1. Программы профилактики ВИЧ/СПИДа	71
2. Стратегия снижения вреда	71
3. Профилактика парентерального пути передачи ВИЧ	72
4. Профилактика передачи ВИЧ при сексуальном контакте	74
5. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	79
6. ВИЧ-инфекция у новорожденных и подростков	79

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение I. Иммунная система	
1. Как работает иммунная система	81
2. Определение ВИЧ и СПИДа	82
3. Вирусы как особая форма жизни	82
4. Особенности ВИЧ	83
5. Влияние ВИЧ на иммунную систему	83
Приложение II. Передача ВИЧ	
1. Жидкости организма, содержащие ВИЧ	84
2. Пути передачи ВИЧ	84
Приложение III. Течение болезни	
1. Что происходит, когда человек подвергается контакту с ВИЧ	97
2. Период инфицирования	98
3. Период выработки антител («период окна»)	98
4. Инкубационный период	98
5. Прогноз для людей, живущих с ВИЧ	98
Приложение IV. Тестирование	
1. Лабораторные тесты и их результаты	100
2. Иммуноферментный анализ (ИФА)	100
3. Вестерн блот (иммуноблот)	102
5. Алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции	102
Приложение V. Медицинское наблюдение	
Дополнительные виды исследований для ВИЧ-инфицированных клиентов	103
Приложение VI. Влияние лечения на течение ВИЧ-инфекции	104
Приложение VII. Оппортунистические заболевания	105
Приложение VIII. Законы и подзаконные акты о ВИЧ-инфекции	106
Список аббревиатур	109
Библиография	110

ПРЕДИСЛОВИЕ

Разработанное в рамках совместной инициативы Минздравсоцразвития России и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) «Координация в действии: применение «трех ключевых принципов» эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации» руководство «Консультирование до и после теста на ВИЧ» направлено на совершенствование обучения медицинских специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка навыкам консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции.

Обучение навыкам консультирования медицинских специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка по вопросам ВИЧ-инфекции не входит в стандарты обучения медицинских университетов, так как требует внедрения новых интерактивных методов обучения.

Настоящее руководство представляет собой комплект учебно-методических материалов для организации и проведения обучающих семинаров / тренингов, а также раздаточный материал для участников тренингов.

В руководстве представлена методология проведения консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа в службе охраны здоровья матери и ребенка, а также психологические аспекты работы с уязвимыми группами населения, тренинговые модули для проведения обучения по данной теме.

Комплект учебно-методических материалов руководства предназначен для практических специалистов охраны здоровья матери и ребенка, а также сотрудников кафедр медицинских университетов, в том числе постдипломного образования и рекомендован для обучения специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка в рамках апробации стратегии интеграции профилактики ВИЧ-инфекции в службу охраны репродуктивного здоровья.

Надеемся, что использование учебно-методических пособий позволит улучшить эффективность обучения специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка, что станет существенным вкладом в противодействие ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

Директор Департамента
медико-социальных проблем семьи, материнства
и детства Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации,
профессор



О.В. Шаропова

1. Международный опыт и рекомендации¹

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) на ВИЧ доказало свою важную роль как в профилактике ВИЧ, так и в качестве отправной точки для оказания медицинской помощи людям, инфицированным ВИЧ. ДКТ дает клиентам возможность узнать и воспринять свой серологический статус в отношении ВИЧ в конфиденциальной обстановке, с предоставлением консультации и направлением на постоянное медицинское обслуживание и получение эмоциональной поддержки. В случае положительного результата теста на ВИЧ преимуществом, которое дает тестирование, является возможность предоставления соответствующего медицинского обслуживания и вмешательств на ранней стадии для лечения и/или профилактики болезней, сопутствующих ВИЧ. Беременные женщины, которым известен их сероположительный статус, могут предотвратить передачу вируса своим детям. Знание серологического статуса в отношении ВИЧ может также помочь людям принять соответствующие решения, чтобы защитить от инфекции себя и своих сексуальных партнеров. Исследования, проведенные в последнее время, показали, что ДКТ может быть экономически выгодным средством профилактики передачи ВИЧ.

2. Консультирование и тестирование на ВИЧ

2.1. Историческая справка²

Службы консультирования и тестирования на антитела к ВИЧ возникли в 1985 году. Консультирование признано помочь людям правильно истолковать значение положительных и отрицательных результатов теста на антитела. В основе консультирования – понимание сложности процесса осознания статуса инфицированного ВИЧ.

С ростом распространенности ВИЧ все более актуальной становится информация о новых случаях инфицирования. С 1987 года ВИЧ-консультирование и тестирование

¹ Технический обзор ЮНЭЙДС: Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). ЮНЭЙДС, 2000.

² Руководство по ВИЧ-консультированию, тестированию и направлению к специалистам. CDC, 1994.

стали применяться значительно шире. В настоящее время ДКТ предлагается всем, кто проходит лечение от инфекций, передающихся половым путем (ИППП), наркотической зависимости, а также клиентам репродуктивных центров. Цель консультирования и тестирования – уменьшить риск распространения ВИЧ-инфекции. Основная задача – помочь неинфицированным людям приобрести навыки поведения, снижающего риск инфицирования, а инфицированным клиентам – не заразить других и своевременно получить необходимую помощь и поддержку.

2.2. Элементы добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ³

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ – это процесс, благодаря которому человек получает информацию, необходимую ему для принятия ответственного решения в отношении тестирования на ВИЧ и связанных с этим последствий. Это решение принимается исключительно самим клиентом – специалист предоставляет информацию, психологическую поддержку и обеспечивает конфиденциальность.

2.2.1. Консультирование по ВИЧ/СПИДУ

Консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа определяется как «конфиденциальный диалог между клиентом и консультантом, помогающий человеку справиться со стрессом и принять информированные и ответственные решения, связанные с ВИЧ/СПИДом. Процесс консультирования включает оценку личного риска передачи ВИЧ и помощь в переходе к профилактическому поведению»⁴. Основными целями консультирования являются:

- предотвращение распространения ВИЧ-инфекции;
- оказание помощи и поддержки людям, жизнь которых оказалась связанной с ВИЧ-инфекцией.

Консультирование должно быть гибким, сосредоточенным на конкретных потребностях и ситуации клиента. Фактическое прохождение теста клиентом, как результат консультирования, не является обязательным. Важно помочь клиенту в формировании ответственного, снижающего риск или безопасного поведения. Этот процесс включает в себя три основных компонента (задачи консультанта):

- выяснение потребностей клиента;
- предоставление необходимой клиенту достоверной информации;
- оказание клиенту психологической поддержки в процессе принятия им решений.

Консультации могут проводить специалисты различного профиля, включая работников здравоохранения или социального обеспечения, добровольцев-неспécialистов, сотрудников общественных организаций, людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), и других членов сообщества, прошедших специальную подготовку.

³ Технический обзор ЮНЭЙДС: Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). ЮНЭЙДС, 2000.

⁴ Консультирование в связи с ВИЧ/СПИДом: подход к обслуживанию для работников, определяющих политику, планирующих и внедряющих консультационные услуги. ВОЗ/GPA, Женева, 1994.

Специалисты, проводящие консультирование до и после теста на ВИЧ, должны обладать базовыми знаниями по медицине и психологии. Медицинские знания необходимы для предоставления корректной информации по теме; знания психологии – для оказания психологической поддержки человеку, который находится в сложной ситуации выбора, стресса и даже кризиса. Консультант должен относиться к клиенту как к уникальной, самостоятельной личности, обладающей правом самостоятельного выбора. Давление со стороны консультанта мешает клиенту найти правильное решение и осознать всю меру принимаемой в этой связи ответственности⁵.

2.2.2. Добровольное тестирование

Тестирование на ВИЧ имеет большое значение для клиента: знание ВИЧ-статуса предоставляет человеку определенные преимущества. Вместе с тем не следует забывать, что ВИЧ может оказаться причиной серьезных негативных последствий в виде отторжения со стороны общества и близких людей. Отчуждение может стать препятствием к получению ВИЧ-положительными людьми ухода и поддержки, а также к предотвращению дальнейшей передачи ВИЧ. Именно поэтому ЮНЭЙДС настаивает на обязательном соблюдении принципа добровольности при тестировании, которое следует проводить одновременно с мероприятиями, направленными на борьбу со стигматизацией и дискриминацией. Информация о положительном результате теста может послужить причиной для внутреннего кризиса: все планы на будущее рушатся, человек начинает воспринимать себя как «никчемное, плохое создание». Как следствие, человек теряет уверенность в собственных силах и возможностях, становится менее активным в плане защиты окружающих от заражения и в плане защиты своего здоровья.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию должно проводиться на добровольной основе и при наличии информированного согласия. Информированное согласие означает, что клиент самостоятельно принимает решение о прохождении теста на ВИЧ, руководствуясь объективной информацией о ВИЧ/СПИДе и анализом возможных преимуществ и последствий, связанных с возможным положительным результатом. Получение информированного согласия происходит во время консультирования клиента, до прохождения теста на ВИЧ.

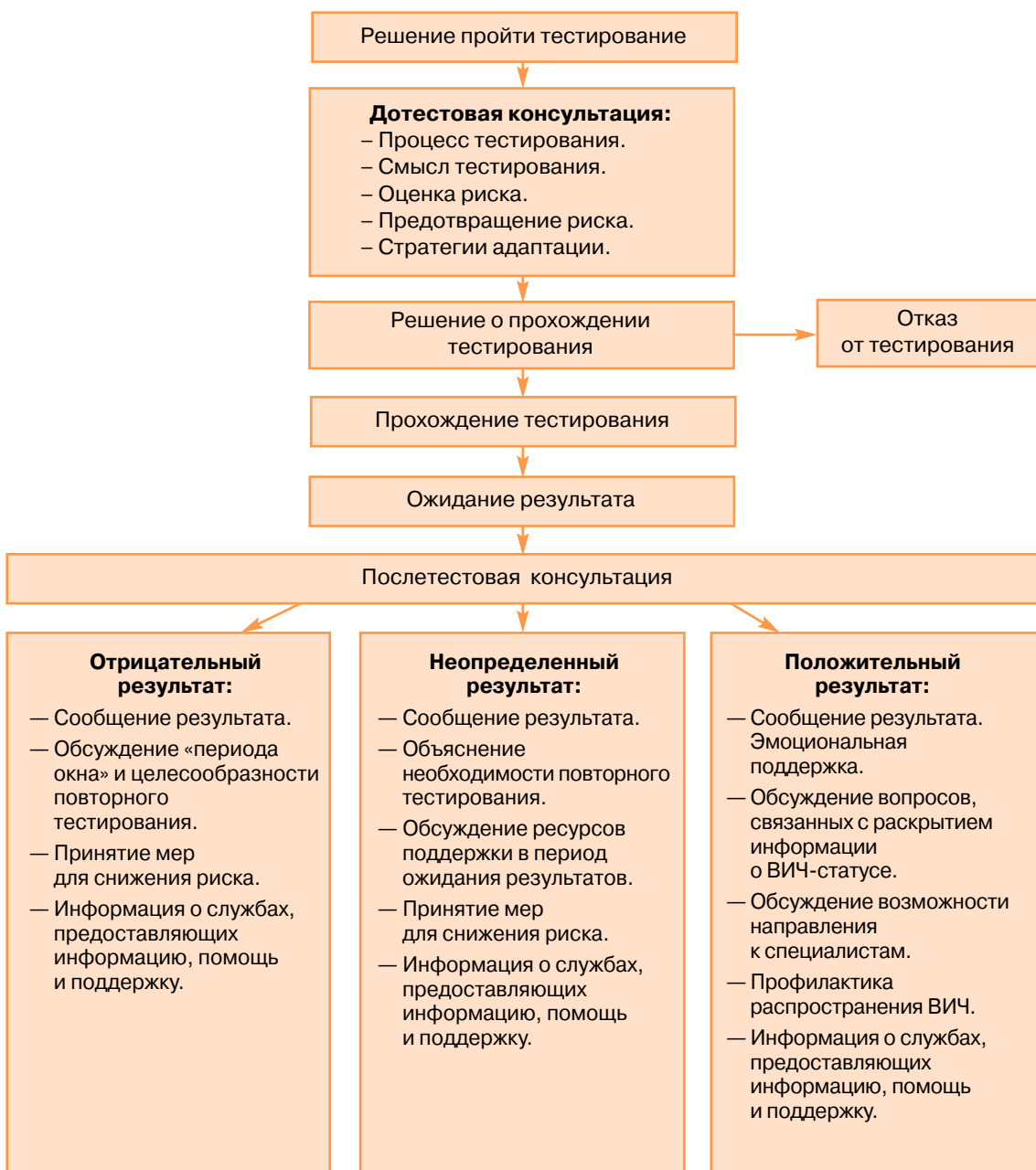
2.3. Процесс консультирования⁶

Процесс консультирования делится на три этапа: дотестовое, послетестовое и последующее консультирование. Консультирование по поводу ВИЧ следует адаптировать к нуждам клиентов. Оно может проводиться индивидуально, для конкретной пары, для ребенка или группы детей. Консультирование должно соответствовать потребнос-

⁵ Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999.

⁶ Технический обзор ЮНЭЙДС: Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). ЮНЭЙДС, 2000.

тям и возможностям тех учреждений, в которых оно осуществляется. Содержание и подходы консультирования могут в значительной мере варьироваться в зависимости от целевой группы: мужчины, женщины, подростки, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), потребители инфекционных наркотиков (ПИН), секс-работники и т.д. Содержание и подходы могут отражать контекст вмешательства, например консультирование в связи с конкретными вмешательствами (профилактическое лечение туберкулеза – ПЛТ, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку). Установление хороших отношений, проявление уважения и понимания облегчают решение проблем в трудных обстоятельствах. Очень важно, в какой манере и каким тоном человеку сообщают о серологическом статусе. В идеальном случае консультирование в рамках ДКТ предполагает по меньшей мере две консультации – до и после теста. Могут проводиться дополнительные консультации до или после тестирования или в период ожидания клиентом результата теста.



3. Основы консультирования

I РАЗДЕЛ

3.1. Принципы консультирования

3.1.1. Клиент-центрированный подход⁷

Работа, построенная по принципу «клиент в центре внимания», представляет собой интерактивный процесс, основанный на индивидуальных потребностях клиента. Консультант не использует жестких схем, его действия направлены на побуждение клиента к размышлениям, высказываниям и самостоятельному принятию решений. Консультант не просто предоставляет информацию. Его цель – обсуждение возможных профилактических мероприятий и решений, принятых клиентом в отношении собственного будущего. При таком подходе требуется понимание личных особенностей клиента: поведения, образа жизни, сексуальных предпочтений, расы/этнической группы, культуры, уровня знаний, социального и экономического положения, а также признание за индивидом права и способности к свободному выбору и самоопределению.

3.1.2. Конфиденциальность

Конфиденциальность означает запрет на любое обсуждение ситуации или проблем клиента с посторонними людьми.

Многие люди боятся обращаться за услугами в области ВИЧ из-за боязни последствий (отчуждения со стороны семьи и/или общества). Для них весьма важно наличие гарантированной конфиденциальности. Конфиденциальность помогает установить доверительные отношения между консультантом и клиентом, которые необходимы для обсуждения вопросов профилактики ВИЧ и предоставления услуг по уходу. В некоторых обстоятельствах человеку, обратившемуся за ДКТ, может потребоваться присутствие на консультации его сексуального партнера, родственника или друга. Такое участие в конфиденциальных проблемах может быть не только уместным, но и весьма полезным для всех⁸.

Соблюдать конфиденциальность особенно важно при групповом консультировании. Предварительно каждый человек в группе должен подтвердить свое согласие на участие в групповом консультировании и принять на себя ответственность за неразглашение информации о других участниках.

3.1.3. Доступность

Консультирование и тестирование на антитела к ВИЧ должно быть доступно любому человеку, которого беспокоит состояние собственного здоровья или возможность

⁷ Руководство по ВИЧ-консультированию, тестированию и направлению к специалистам. CDC, 1997.

Данный подход отличается от подхода, предлагаемого К. Роджерсом (см.: Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: теория, современная практика и применение. М., 2002), хотя навыки и стратегии совпадают.

⁸ Технический обзор ЮНЭЙДС: Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). ЮНЭЙДС, 2000.

заражения ВИЧ. Консультирование должно осуществляться на постоянной основе. Важно, чтобы клиенты были уверены, что всегда могут перезвонить и/или назначить встречу еще раз. Службы консультирования должны быть легко доступны территориально, а их часы работы – удобны для клиентов. В случае если требуются помощь и консультации других служб и специалистов, службы консультирования должны располагать необходимой информацией и предоставлять ее своим клиентам.

3.1.4. Продолжительность консультации для клиента в кризисном состоянии

Консультирование, в зависимости от ситуации и состояния клиента, обычно продолжается от 15 до 30 минут. Если человек находится в кризисном состоянии, консультант должен привлечь к работе специалиста по кризисным состояниям – психотерапевта или психиатра. Как правило, консультанты не обладают навыками работы с людьми в кризисных состояниях, а в этой ситуации важно своевременно распознать состояние кризиса.

Процесс консультирования нельзя «подогнать» под определенный временной стандарт. Во-первых, необходимо предоставить клиенту время на обдумывание вопросов и выражение своего мнения. Во-вторых, время необходимо для установления доверительных отношений. В-третьих, психологические реакции клиента могут оказаться сложными и потребовать достаточного количества времени на разрешение.

3.1.5. Последовательность и четкость

Процесс консультирования должен быть четко структурирован по времени и последовательности изложения. Следует соблюдать принцип «необходимости и достаточности». Начинающим консультантам иногда хочется сообщить клиенту как можно больше, но в результате клиент «тонет» в информации. Сохранить баланс поможет ориентация на нужды клиента. Консультант обязан использовать только достоверную информацию и действовать только в рамках своей компетенции. (Для повышения эффективности работы все консультанты должны иметь доступ к постоянному обучению!)

3.2. Личность и индивидуальные особенности консультанта

Кроме необходимых знаний и навыков в области медицины и психологии консультант должен обладать способностью к самодисциплине и уметь сдерживать свои эмоции. Он не обязан любить клиента, но обязан осознавать, что его собственные чувства, взгляды и предрассудки могут отрицательно сказаться на их взаимоотношениях. Профессионализм в данном случае заключается в умении предусмотреть возможный конфликт и понять его причины. Если вероятность конфликта велика, то клиента следует направить к другому специалисту. Свои личные эмоции консультанту следует отрабатывать с супервизором.

Для проверки собственных потребностей и мотиваций консультант может задать себе следующие вопросы:

- Какие чувства я испытываю в отношении к людям с ВИЧ-инфекцией или СПИДом? Что я думаю о тех, чье поведение связано с высоким риском инфицирования? Я боюсь? Я подвергаю их критике? Что меня отталкивает или настораживает?
- Существуют ли такие люди или стереотипы поведения, которые я осуждаю настолько сильно, что наверняка не смогу работать, не выказывая своего осуждения?
- Не пытаюсь ли я навязать свои ценности клиентам? Насколько сильно мое желание повлиять на них или их контролировать?
- До какой степени я готов позволить клиентам решать, что им делать?

Отношение консультанта к клиенту должно основываться на принципе уважения и неосуждения.

3.3. Консультативный контакт

Качество консультативного контакта зависит от двух важных факторов: располагающей обстановки и коммуникативных навыков консультанта.

Располагающая обстановка имеет несколько значимых компонентов. Из «физических» компонентов наиболее значимыми являются: обстановка в помещении, где происходит процесс консультирования, расположение консультанта и клиента в пространстве (дистанция, манера сидеть и т.п.), время консультирования. К «эмоциональным» компонентам относятся: атмосфера обоюдного доверия, искренность консультанта, способность консультанта к проявлениям эмпатии и безусловного уважения.

В этом разделе мы рассмотрим эмоциональные компоненты располагающей обстановки и необходимые консультанту коммуникативные навыки (как вербального, так и невербального характера).

3.3.1. Эмоциональные компоненты консультативного контакта

Доверие – один из наиболее важных факторов во взаимоотношениях между консультантом и клиентом. Создать ситуацию обоюдного доверия значит создать атмосферу, располагающую к обсуждению значимых проблем. Насколько это будет успешно, зависит от индивидуальных качеств консультанта и его отношения к процессу консультирования.

Консультанту необходимо наличие искреннего интереса к человеку и стремления помочь ему. Важно не любить человечество вообще, а с уважением относиться к конкретному его представителю. Нельзя забывать, что люди тонко чувствуют, как к ним относятся, и ведут себя в соответствии с этим.

Во время консультирования клиенту следует уделять как можно больше внимания, нельзя заниматься посторонними делами (разговаривать по телефону, разрешать входить коллегам и обсуждать с ними какие-то, пусть даже важные, вопросы и т.п.).

Необходимо предоставить клиенту максимальную возможность высказаться.

Консультант не должен напоминать детектива. Если консультант вынуждает клиента к чрезмерной откровенности, не исключено, что после встречи, в результате пережитого чувства вины, клиент откажется от позитивных решений, которые он мог принять

в ходе консультации, а также начнет с опасением и недоверием относиться к консультанту.

Необходимо соблюдать профессиональную тайну. Если консультант по каким-то причинам обязан поделиться с другими сведениями о клиенте, следует сообщить об этом клиенту в начале беседы.

Клиент должен чувствовать себя в безопасности. Для этого консультант должен постараться войти в положение клиента, проявляя дружелюбие, искренность и заинтересованность.

К проблемам клиента следует относиться без осуждения. Консультант должен не оценивать, а слушать, слышать и понимать. Если он искренне и естественно демонстрирует установку на «прятие», клиент чувствует себя понятым, достойным уважения и, в свою очередь, откровенен и уважителен с консультантом.

Для установления обоюдного доверия консультанту особенно необходимы такие качества, как искренность, способность к эмпатии и безусловное уважение к людям. На это впервые указал в 1951 году известный американский психолог К. Роджерс.

Безусловное уважение клиента

Под понятием «безусловное уважение» имеется в виду безусловное и безоценочное прятие клиента как целостной личности. К. Роджерс предлагает следующее определение: «Безусловное позитивное отношение – это терпимость ко всем аспектам субъективного мира клиента, словно ты сам являешься его частью». Клиент должен чувствовать безоценочное прятие вне зависимости от своего ВИЧ-статуса, этнической или религиозной принадлежности, сексуальной ориентации, образа жизни или индивидуальных особенностей, социального и экономического статуса.

Позитивное отношение не выдвигает никаких условий («ты мне понравишься, если будешь таким-то...»), исключается разделение на хорошие и плохие качества. Необходимо учитывать все социальные характеристики клиента: не только положительные, но и негативные. Следует принять его противоречивость.

Эмпатия

Невозможно понять другого, если не идентифицировать себя с ним. Таким образом, проявление эмпатии в общении означает, что консультант чутко и точно реагирует на переживания клиента. Для того чтобы понять, какой смысл для клиента имеет то или иное событие, нужно попытаться избегать собственных оценок этого события и постараться понять, как оно оценивается клиентом. Безоценочная позиция консультанта помогает клиенту в первую очередь принять себя самого. Однако консультанту важно оставаться самим собой и не переносить переживания клиента в свой мир! Сопереживание консультанта клиенту никогда не должно быть тотальным, а только частичным и временным.

Искренность консультативного контакта (конгруэнтность)

Искренность – один из важнейших элементов создания терапевтического климата. Нужно уметь вести себя с клиентами так, чтобы они восприняли вхождение в свой внутренний мир как поддержку, а не как угрозу. Итак, искренность консультанта – это его способность оставаться самим собой и отсутствие потребности демонстрировать

свой профессионализм. Искренний человек не прячется под маской и не старается играть роль. Он естествен в контакте, потому что чуток к своим реакциям и эмоциям, добросовестен и правдив, передавая их клиентам. Искренность предполагает соответствие высказываний чувствам и поведению. Открытый своим чувствам, мыслям, установкам и при этом не испытывающий тревоги консультант способствует комфортному состоянию клиента. Конгруэнтное взаимодействие позволяет и клиенту не скрываться за той или иной маской при общении с консультантом.

3.3.2. Невербальные аспекты коммуникации

Невербальное общение

При общении люди непрерывно передают информацию друг другу не только посредством речи, но и выражением лица, движениями тела, установлением дистанции и т.п. Таким образом, находясь в поле зрения друг друга, мы общаемся, даже если молчим. Невербальными способами можно показать, как мы себя чувствуем, что думаем, как хотели бы поступить. Невербальное поведение человека – очень существенная часть процесса общения. В консультировании мы также посылаем клиентам невербальные сообщения и «считываем» их невербальные реакции. Крайне важно, чтобы консультант отмечал невербальные послания клиентов, реагировал на них и одновременно осознавал влияние своего невербального поведения на клиентов. Если вы заметили, что клиент «вдруг» закрылся: скрестил руки, откинулся на спинку стула, отгородился от вас сумкой или брошюрой, лежавшей на столе, – для вас это важный сигнал: «Что-то произошло, человеку некомфортно, он хочет защитить себя». Причины могут быть разными: тема не актуальна или, наоборот, слишком актуальна; человеку показалось, что его осуждают или пытаются «учить жизни», или слова консультанта вызвали обиду, неловкость. Человек непроизвольно отреагирует невербально – позой, мимикой, жестами. Хороший консультант обязательно заметит перемены и внесет коррективы в процесс общения.

В свою очередь, невербальное поведение консультанта оказывает большое влияние на процесс взаимодействия и результат консультирования. Рассмотрим четыре основных требования:

1. **Находиться с клиентом «с глазу на глаз».** Физическая обстановка должна позволять консультанту и клиенту полностью видеть друг друга. Недопустимо присутствие посторонних.
2. **Быть в открытой позе.** Скрещенные руки и ноги обычно интерпретируются как оборонительная, безучастная и отступательная поза. И наоборот – открытая поза означает, что консультант готов принять всю информацию, которая последует со стороны клиента. Конечно, скрещенные руки консультанта не обязательно означают, что он «вышел» из контакта. Здесь главное, чтобы консультант постоянно спрашивал себя: «В какой мере моя поза свидетельствует о моей открытости и расположении к клиенту?»
3. **Поддерживать контакт глаз с клиентом.** Это необходимо, чтобы подчеркнуть внимание и заинтересованность. Но контакт не должен быть непрерывным, потому что может вызвать ощущение дискомфорта. С другой стороны, если

взгляд консультанта «блуждает» в пространстве, не останавливаясь на клиенте, то создается впечатление, что консультант не слушает клиента.

4. Быть спокойным. Так как большинство клиентов волнуются в ситуации консультирования, важно, чтобы консультант не был напряжен и тем самым не увеличивал беспокойство клиента.

В таблице приведены положительные и отрицательные стороны невербального метода общения.

Позитивное	Негативное
Тембр голоса спокойный, без резких модуляций.	«Скачущий» тембр голоса.
Взгляд консультанта в основном фокусируется на лице клиента (лучше – на переносице), периодически (ненадолго) – на его глазах.	Часто смотрит в сторону или пристально, не переставая, в глаза собеседнику.
Открытая поза, движения спокойные и плавные. Выражение лица внимательное и доброжелательное. Желательно, чтобы кисти рук были видны собеседнику и не были зажаты в кулаки.	Хмурится, зевает, мрачнеет. Скрещенные (на груди, за спиной) руки, сцепленные в замок пальцы, ручка/карандаш в руках; невротические жесты (часто поправляет очки, тербит кончик носа, постукивает карандашом или пальцами по столу). Откинутое на спинку стула туловище, взгляд «свысока» и т.п.
Достаточное расстояние, разделяющее клиента и консультирующего ¹⁰ .	Слишком близкое расстояние или, наоборот, дистанция слишком велика.
Спокойный темп речи (ориентированный на темп речи клиента).	Говорит слишком быстро или слишком медленно.
Умеренная жестикуляция, подтверждающие внимание к словам собеседника кивки ¹¹ .	Отсутствие невербальной реакции на слова и жестикуляцию клиента.
При необходимости использование юмора.	Использует юмор не к месту или не вовремя; увеличивает напряженность тяжелым, слишком серьезным тоном.

Известный психолог Аллан Пиз в своей книге «Язык телодвижений» рассказывает об интересных экспериментах, проведенных для изучения влияния невербальной коммуникации на общение между людьми. Так, профессор Бердвиссл провел замеры доли невербальных способов в общении людей. Он установил, что в среднем человек говорит словами только в течение 10–11 минут в день и что каждое предложение в среднем звучит не более 2,5 секунды. Он подсчитал, что словесное общение в беседе занимает менее 35% и более 65% информации передается с помощью невербальных средств общения⁹.

⁹ Пиз А. Язык телодвижений. СПб.: Гутенберг, 2000.

¹⁰ В некоторых культурах люди при разговоре находятся очень близко и почти всегда смотрят в глаза друг другу, в других — стоят на большом расстоянии, вполборота друг к другу. Размеры личной пространственной зоны культурально обусловлены. Консультант, использующий «близкий» стиль общения, потерпит неудачу с человеком из «дистанционной» культуры.

¹¹ Люди интерпретируют молчание и определенные телодвижения по-разному. Пожатие плечами может означать для одних — «Я не знаю», а для других — «Мне все равно».

Пространство вокруг человека

Размеры личной территории человека можно разделить на 4 четкие пространственные зоны.

Интимная зона (от 15 до 46 см)

Из всех зон эта самая главная, поскольку именно эту зону человек охраняет так, как будто это его собственность. Разрешается проникнуть в эту зону только тем лицам, которые находятся в тесном эмоциональном контакте с ним. Это дети, родители, супруги, любовники, близкие друзья и родственники. В этой зоне имеется еще подзона радиусом в 15 см, в которую можно проникнуть только посредством физического контакта. Это сверхинтимная зона.

Личная зона (от 46 см до 1,2 м)

Это расстояние, которое обычно разделяет нас, когда мы находимся на вечеринках, приемах, других мероприятиях, где намерены общаться с присутствующими там преимущественно знакомыми нам людьми, из одного с нами сообщества и общих с нами интересов.

Социальная зона (от 1,2 до 3,6 м)

На таком расстоянии мы держимся от посторонних людей, например водопроводчика или плотника, пришедшего заняться ремонтом в нашем доме, почтальона, нового служащего на работе, и от людей, которых не очень хорошо знаем.

Общественная зона (более 3,6 м)

Когда мы обращаемся к большой группе людей, то удобнее всего стоять именно на этом расстоянии от аудитории.

Практическое использование зон

Обычно наша интимная зона нарушается человеком по нескольким причинам: когда «нарушитель» является нашим близким родственником, другом или сексуальным партнером; когда это необходимо для получения определенных услуг (врача, портного и т.п.); когда «нарушитель» проявляет враждебные намерения и атакует нас. Если реакцию на вторжение посторонних людей в личные и социальные зоны на протяжении некоторого времени мы вполне можем контролировать, то вторжение в интимную зону сразу вызывает внутри организма определенные физиологические реакции и изменения: учащается сердцебиение, происходит выброс адреналина в кровь, кровь приливает к мозгу и мышцам как сигнал готовности организма к бою. Знания о персональном пространстве необходимы для правильной организации консультативного пространства и стиля общения с клиентом.

3.3.3. Вербальные аспекты коммуникации

Барьеры на пути передачи информации

Несмотря на большое значение невербального общения в консультировании, важнейшие события происходят на вербальном уровне, тем более что повышение уровня информирования является одной из задач и неотъемлемой частью консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа. Поскольку консультирование практически всегда подразумевает общение на очень деликатные темы и отличается от простого предоставления советов, консультант должен обладать и развивать следующие навыки эффективного об-

Название	Причины возникновения	Как преодолеть
Понятийный	Разное понимание значений слов и сложных синтаксических конструкций.	Переспрашивать, задавать вопросы, говорить просто, лаконично.
Способы передачи информации	а) Невозможность передавать словами визуальную информацию; б) дистантные формы передачи информации: общение по телефону, по электронной почте.	Стараться задействовать как можно больше органов восприятия.
Восприятие	а) Отсутствие возможности принятия информации (например, нет удобных бланков); б) отсутствие навыков слушания; в) усталость; г) ограниченность по времени.	Учиться слушать, вырабатывать навыки активного слушания и умения задавать вопросы.
Ассоциативный	Существуют слова-ассоциации: имя, «папа», «мама», «времена года», «секс» и т.п. При упоминании этих слов человек может «уйти» в свои ассоциации.	Быть внимательнее к невербальным аспектам, стараться отслеживать «уход» – собственный или собеседника. Изменить позу – перейти в позу активного слушания.

щения. Очень важен язык диалога. Консультант должен говорить на языке, понятном клиенту, стараться избегать профессиональных терминов или разъяснять их значения. При консультировании по вопросам ВИЧ/СПИДа консультанту часто придется оперировать медицинскими терминами. Чтобы избежать потери информации на языковом уровне, предоставьте клиенту возможность задавать вопросы и уточнять детали в течение всей беседы. Консультант должен владеть специальными навыками, которые позволяют ему поддерживать контакт с клиентом и делают процесс консультирования максимально эффективным и конструктивным. Основными навыками, необходимыми консультанту для успешной работы, являются:

- **Активное слушание** – консультант словами, выражением лица или жестикой – всем своим видом показывает, что он сосредоточен на нуждах клиента и понимает его.
- **Предоставление возможности выразить эмоции** – игнорируя текущие эмоции и чувства клиента, очень трудно понять его потребности и провести хорошую консультацию.
- **Поощрение** – см. об этом: «Техники активного слушания».
- **Распознавание** – консультант должен иметь достаточные навыки в распознавании и определении различных состояний и эмоций клиента.
- **Признание** – консультант должен признавать за клиентом право на такие чувства, как злость, грусть, страх, и подтвердить, что он понимает, какие чувства есть у клиента по поводу обсуждаемой темы. Это признание должно быть высказано просто и без личного участия консультанта в чувствах клиента: «Я вижу/ слышу/ понимаю, что вы испытываете страх/грусть/злость». Данные слова могут быть подкреплены невербальным выражением, например кивками головы. При

этом не нужно говорить таких фраз, как «Я хорошо понимаю ваше чувство» или «На вашем месте я чувствовал бы то же самое!».

Техники активного слушания

Правила:

- **больше слушайте, меньше говорите;**
- **воздерживайтесь от оценок;**
- **стремитесь реагировать на значимую информацию.**

I РАЗДЕЛ

Приемы	Цель	Реализация	Примеры
Поощрение	Продемонстрировать заинтересованность, поддержать стремление к рассказу.	Не надо соглашаться или не соглашаться с тем, что вы слышите. Используйте благожелательный тон и «уклончивые выражения».	«Я вас понимаю», «Мгм...», «Это интересно», «Пожалуйста, продолжайте».
Повторение	Повторение сказанного поможет клиенту лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках.	Вы можете, например, дословно «отразить» ключевую фразу или слово клиента. Но при этом избегайте «попугайства», т.е. слишком частого дословного повторения высказывания клиента.	«Если я вас правильно понял...», «Вы считаете...», «Если я вас правильно понял, вы боитесь, что семья не будет заботиться о вас...».
Отражение чувств	Показать, что вы понимаете чувства собеседника. При этом следует помнить, что только проанализировав проблему на эмоциональном уровне можно выходить на рациональный уровень ее решения.	Отражайте ведущие чувства собеседника.	«Вы чувствуете...», «Вы беспокоитесь по поводу...», «Ваши чувства очень сильны, и я признаю их».
Обобщение	Прояснить направление беседы, заложить основу для дальнейшего обсуждения.	В сжатом виде повторяйте основные факты и чувства собеседника.	«Из того, что вы сказали, самое главное, по-моему, это...»
Уточнение	Прояснить, уточнить мысли, чувства, представления собеседника.	Обратиться к собеседнику с просьбой дополнить, разъяснить свои высказывания.	«Пожалуйста, уточните это...», «Что вы имеете в виду?», «Что вас больше всего беспокоит?».
Дальнейшее развитие мыслей	Прояснить, проговорить скрытые мысли и чувства собеседника.	Реагировать на то, что партнер чувствует, но не решается высказать открыто. Повторять слова или короткие фразы клиента, которые несут эмоциональную нагрузку, — возможно, именно это клиент хотел бы обсудить.	«Да, ситуация серьезная, видимо, вам хотелось бы...», «Я вижу, вы испытываете беспокойство по поводу здоровья?».

Приемы	Цель	Реализация	Примеры
Ответ-проекция	Прояснить реальные желания, чувства и узнать решение клиента.	При использовании данной техники значительное внимание следует уделить интонациям, которые консультант использует, задавая вопросы клиенту. Подчас довольно очевидно, что клиент знает, чего он хочет, даже тогда, когда обращается за советом, одобрением или в поисках решения проблемы.	«Что бы вы хотели от меня услышать?», «Если бы я удовлетворил вашу просьбу найти решение, с каким решением вы могли бы согласиться?».

Три основные цели повторения:

- Показать клиенту, что консультант очень внимателен и пытается его понять.
- Четко сформулировать мысль клиента, повторяя его слова в сжатом виде.
- Проверить правильность понимания высказанных клиентом идей.

Три простых правила:

- Перефразируется основная мысль клиента.
- Нельзя искажать или заменять смысл сказанного клиентом, нельзя добавлять что-либо «от себя».
- Следует использовать термины и определения, которыми оперирует клиент.

При работе с чувствами следует использовать:

- Поощрение – консультанту необходимо поощрять выражение чувств. Именно работая с чувствами, можно достичь конструктивных перемен.
- Распознавание – консультант должен иметь достаточные навыки в распознавании и определении различных эмоций клиента.
- Признание – консультант должен уметь признавать различные чувства клиента, в том числе такие, как озлобленность, грусть и страх, и делать это открыто и бесстрашно.

3.3.4. Процедуры и техники консультирования

Существуют определенные процедуры и техники, которые позволяют консультанту развивать с клиентом конструктивный диалог, при этом обеспечивая активное участие самого клиента в процессе консультирования. Ниже перечислены те из них, которые консультанту необходимо знать и активно использовать в своей практике.

Эффективные вопросы

Получить информацию о клиенте и побудить его к самоанализу невозможно без умелого опроса. Как известно, вопросы обычно разделяют на «закрытые» и «открытые». Закрытые вопросы используются для получения конкретной информации и обычно пред-

полагают либо ответ в одном-двух словах, либо подтверждение/отрицание («да», «нет»). Например: «Сколько вам лет?», «Можем ли мы встретиться через неделю в это же время?» и т.п. Открытые вопросы не столько служат для получения сведений о жизни клиента, сколько открывают путь для обсуждения. Открытые вопросы расширяют и углубляют контакт, закрытые вопросы ограничивают его. Проясняющие вопросы задают с целью уточнить значение или содержание утверждений клиента. Примеры открытых вопросов: «Как бы вы хотели начать сегодняшнюю нашу беседу?», «Что вы чувствуете?», «Могу я узнать, почему именно сейчас вы решили пройти тестирование?» и т.п.

Открытые вопросы перекалывают на клиента ответственность за беседу и побуждают его исследовать свои установки, чувства, мысли, ценности, поведение, т.е. свой внутренний мир.

Ободрение и поддержка

Эти техники очень важны для создания и укрепления консультативного контакта. Приободрить клиента можно краткой фразой, означающей согласие или/и понимание. Это побуждает клиента продолжить повествование. Например: «Продолжайте, пожалуйста», «Да, я понимаю», «Так» и т.п. Довольно распространена одобрительная реакция: «Ага», «М-мм». В переводе на язык речи эти частицы означали бы: «Продолжайте, я с вами, я внимательно слушаю вас». Ободрение выражает поддержку, а это основа консультативного контакта.

Отражение содержания: перефразирование и обобщение

Чтобы продемонстрировать клиенту, что его внимательно слушают и понимают, необходимо время от времени отражать содержание его высказываний, а именно: перефразировать сказанное или обобщить несколько высказываний. Отражение содержания помогает клиенту лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках.

Перефразирование особенно уместно в начале консультирования, так как это побуждает клиента более открыто обсуждать свои проблемы. Оно преследует три основные цели:

- показать клиенту, что консультант внимателен и пытается его понять;
- выкристаллизовать мысль клиента, повторяя его слова в сжатом виде;
- проверить, правильно ли вы понимаете мысли клиента.

При перефразировании надо помнить три простых правила:

1. Перефразируется основная мысль клиента.
2. Нельзя исказить или подменять смысл утверждения клиента, а также добавлять что-либо от себя.
3. Следует использовать термины и определения, которыми оперирует клиент.

Можно, например, дословно «отразить» ключевую фразу или слово клиента. Но при этом избегайте «попугайства», т.е. слишком частого дословного повторения.

Хорошо перефразированная мысль клиента становится короче, яснее, конкретнее, а это помогает клиенту самому понять, что он хотел сказать. Например: «Если я вас правильно понял, вы боитесь, что ваша семья не будет заботиться о вас». Клиент может

согласиться с интерпретацией, если же нет, консультанту следует уточнить, что клиент имел в виду.

Отражение чувств

Распознавание и отражение чувств клиента представляется одной из главнейших техник консультирования. Это больше чем техника, это – неременная составляющая в отношениях двух людей. Отражение чувств тесно связано с перефразированием высказываний; разница лишь в том, что при перефразировании внимание сосредоточено на содержании, а при отражении чувств – на том, что скрыто за этим содержанием. Желая отразить чувства клиента, консультант внимательно выслушивает его признания, перефразирует отдельные утверждения, но акцент делает на эмоциях, которые могут быть выражены клиентом явно или скрываться за содержанием его признаний.

Взаимодействие на уровне чувств очень важно, так как, не проработав ситуацию в эмоциональной плоскости, нельзя добиться успеха в плоскости рациональной.

Важно обратить внимание на баланс фактов и чувств (рационального и эмоционального) в консультативной беседе. Нередко консультант может игнорировать чувства клиента. Следует помнить, что на рациональный уровень решения вопроса можно будет выходить, только проработав его на эмоциональном уровне. При этом надо использовать:

- **Поощрение.** Консультанту следует поощрять выражение чувств; только задействовав чувства, можно достичь конструктивных перемен.
- **Распознавание.** Консультант должен иметь достаточные навыки в распознавании и определении различных эмоций клиента.
- **Признание.** Консультант должен уметь признавать различные чувства клиента, особенно такие, как озлобленность, грусть и страх, причем делать это прямо и неэмоционально: «Ваши эмоции очень сильны, и я признаю их».
- **Ключевые слова и фразы.** Можно повторять слова или короткие фразы, взятые из речи клиента и несущие эмоциональную нагрузку: возможно, это как раз то, что клиент хотел бы обсудить.
- **Повторение.** Иногда в состоянии стресса или кризиса люди понимают не все из того, что им говорится, потому что могут находиться в состоянии отрицания или подавленности. Консультант должен уметь распознавать эти состояния и при необходимости повторять клиенту информацию.
- **Ответ-проекция.** Часто клиенты предпочитают принять решение, которое предлагает консультант, а не свое собственное. В некоторых случаях не вызывает сомнений, что клиент знает, чего он хочет, хотя и обращается к консультанту за советом, одобрением или в поисках решения проблемы. В подобных ситуациях ответ-проекция оказывается довольно эффективным методом, например: «Что бы вы хотели от меня услышать?», «Если бы я мог удовлетворить вашу просьбу найти решение, что бы вы хотели, чтобы я сделал?». Обычно ответ на подобные вопросы в той или иной степени раскрывает реальные желания и настроения клиента. При использовании данной техники следует уделить серьезное внимание интонации, с которой задается вопрос.
- **Конструктивная конфронтация.** Эта реакция выстраивается с той целью, чтобы обратить внимание клиента на противоречия в его высказываниях. Например: «Вы

говорите, что хотя у вас есть инфекция, которая передается точно так же, как и ВИЧ, но вы считаете, будто не можете заразиться ВИЧ?» При использовании техники конструктивной конфронтации противоречия во взглядах пациента следует отражать в нейтральной манере.

- **Подчеркивание.** Иногда люди избегают акцентировать внимание на действительных проблемах. Консультант должен выделить наиболее важные моменты. Например: «Из всего затронутого вами вы, кажется, больше всего обеспокоены...»
- **Паузы, молчание.** Умение молчать и использовать тишину – один из важнейших навыков консультирования. Хотя тишина иногда означает нарушение консультативного контакта, тем не менее она бывает и глубоко осмысленной. Паузы в разговоре дают время клиенту собраться с мыслями и чувствами, а консультанту – включиться в процесс и прояснить услышанное.
- **Структурирование.** Структурирование позволяет разделить проблемы и заботы на те, которые нуждаются в неотложном внимании, и на те, с которыми можно подождать. Это неотъемлемая часть планирования и, возможно, самый важный навык в консультировании.

Структурирование проходит через весь процесс консультирования. Оно включает организацию отношений консультанта с клиентом, выделение отдельных этапов консультирования и оценку их результатов, а также предоставление клиенту информации о процессе консультирования. Работа с клиентом осуществляется по принципу «шаг за шагом». Закончив один этап, вы вместе с клиентом обсуждаете результаты, формулируете выводы. Каждый новый этап начинается с оценки того, что достигнуто (необходимо убедиться, что ваши оценки совпадают). Это способствует желанию клиента активно сотрудничать с консультантом, а также дает возможность в случае неудачи на отдельном этапе вновь вернуться к нему. Таким образом, суть структурирования – участие клиента в планировании процесса консультирования.

- **Подведение итогов.** Консультант резюмирует происходившее во время встречи, проговаривает основные моменты беседы, достигнутые результаты и принятые решения. Например: «В ходе нашей встречи мы обсудили... пришли к выводу, что..., и вы приняли решение...» Данный процесс помогает клиенту еще раз осознать проделанную работу, закрепить принятые решения и взять ответственность за это на себя.

3.4. Основные компоненты процесса консультирования

Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию состоит из следующих основных компонентов.

3.4.1. Уточнение и обращение к проблеме

Во время приема все действия консультанта должны быть направлены на выяснение наиболее актуальных для клиента проблем. Например, одной из них может быть проблема, как сообщить супруге/супругу о результатах тестирования на ВИЧ.

3.4.2. Предоставление информации по теме и об источниках помощи

После того как проблема идентифицирована, можно приступать к обсуждению путей ее разрешения. Роль консультанта заключается в предоставлении информации по теме консультирования и об источниках помощи. Опытные консультанты всегда должны иметь наготове несколько вариантов решения наиболее часто встречающихся проблем, а также информацию об организациях и специалистах, которые могут помочь клиенту реализовать его намерения и решения.

Выбор реальных альтернатив

Консультирование должно помочь клиенту выбрать осуществимые альтернативы, которые смогут обеспечить ему чувство личной удовлетворенности и ощущение поддержки, необходимые при решении конкретной проблемы. Но нужно всегда помнить, что решение должно быть принято клиентом, а не навязано консультантом!

Составление плана действий

Консультант должен помочь клиенту выработать приемлемую для него последовательность действий, помочь разработать реалистичные планы и действовать в соответствии с ними.

Мотивация к изменению поведения

Консультант мотивирует своих клиентов, поощряя их к принятию осознанных и ответственных решений, которые помогут клиенту защитить его здоровье. Наиболее важные решения, которые клиент может принять: как он будет относиться к факту тестирования и к личному риску заражения (или положительному ВИЧ-статусу), что в его поведении требует изменений и каких, а также какую помощь и от кого он готов попросить. Если клиент признает важность вопросов, связанных с ВИЧ, для своего благополучия, это может стать самым важным мотивом для последующего изменения поведения на менее опасное или безопасное. При этом важно помнить, что мотивация в большей степени определяется возможностью получить, нежели страхом потерять.

3.5. Развитие диалога с клиентом

Во время консультирования до и после теста на ВИЧ-инфекцию могут быть затронуты очень личные, интимные вопросы. При этом клиент может не иметь представления о том, что такое консультирование и какая от него может быть польза. Необходимость разговора с незнакомым человеком на личные темы может пугать или быть запрещенной в данной культуре. Теплая и открытая манера консультанта вести беседу имеет здесь первостепенное значение.

Встречу следует начать с выяснения степени информированности клиента о консультировании и прояснить его ожидания от встречи с консультантом. При необходимости можно вкратце описать весь процесс, обсудить страхи клиента относительно него, а затем выслушать, как клиент видит проблему.

Важно понять, что консультирование направлено на помощь индивиду, а так как все люди разные, то для него не может быть жесткой схемы. Содержание консультирования зависит от нужд человека, конкретной ситуации, запроса клиента.

3.6. Наиболее распространенные ошибки при консультировании

Консультанты, как и другие профессионалы, могут совершать ошибки. Ниже приведены некоторые из них:

- Контроль вместо поощрения спонтанного выражения клиентом своих чувств и потребностей.
- Осуждение, замечания, на основании которых можно сделать вывод, что клиент не отвечает «требованиям» консультанта.
- Выражение чрезмерной опеки, поучения на тему о том, как надо вести себя, как жить.
- «Навешивание ярлыков» вместо попыток выяснить мотивы, причины страха или тревоги пациента.
- Необоснованные попытки успокоить, внушить оптимизм, недооценка сложности проблемы.
- Неумение сочувствовать, принять переживания клиента такими, какие они есть.
- Преждевременное предоставление советов (например, до того как клиент получил достаточную информацию, чтобы принять собственное решение).
- Вопросы в обвинительной манере (даже вопрос «почему?» может восприниматься как осуждение).
- Поощрение зависимости клиента от консультанта, потребности в его руководстве.
- Лесть, убеждение принять иной тип поведения при помощи комплиментов или обмана.

4. Консультирование до теста на ВИЧ

Консультирование должно быть предложено до проведения теста на ВИЧ. Его целью является профилактика передачи ВИЧ и оказание эмоциональной поддержки.

Консультанту следует подготовить клиента, объяснив, что представляет собой тест на ВИЧ, обсудить мифы и исправить неверные представления относительно ВИЧ/СПИДа. Можно также рассмотреть индивидуальную характеристику риска, которому подвергается клиент. Сюда может быть включено обсуждение: сексуальности; интимных отношений; возможных стилей поведения в связи с сексуальными отношениями и/или употреблением наркотиков, которые увеличивают риск заражения; методов профилактики ВИЧ. Консультант должен обсудить, что значит для человека знание своего серологического статуса, а также способы адаптации к этой новой информации. Часть сведений о ВИЧ и ДКТ возможно сообщать группам клиентов. Этот подход используется для сокращения затрат и может быть подкреплён распространением печатных матери-

алов. Вместе с тем необходимо, чтобы каждому обратившемуся за ДКТ была доступна и индивидуальная дотестовая консультация.

Отказ от дотестового консультирования не должен препятствовать добровольному тестированию на ВИЧ (например, люди, ранее проходившие ДКТ, могут обратиться с целью тестирования, не нуждаясь в еще одной дотестовой консультации). Тем не менее получение информированного согласия от человека, подвергающегося тестированию, является минимальным требованием для прохождения теста на ВИЧ¹².

Дотестовое консультирование позволяет:

- помочь клиенту/пациенту оценить личный риск в отношении заражения ВИЧ;
- представить клиенту/пациенту процедуру тестирования и значение результатов теста;
- понять клиенту/пациенту возможные последствия прохождения теста;
- принять клиенту/пациенту осознанное решение о прохождении тестирования;
- повысить осведомленность клиента/пациента по вопросам ВИЧ/СПИДа. Сформировать представление о безопасном поведении, поддержать изменения в поведении или попытки таких изменений.

Содержание дотестового консультирования

1. Оценка персонального риска заражения ВИЧ пациентом (информация о путях передачи ВИЧ и связь с поведением риска).
2. Оценка уровня знаний и способности справиться с кризисом.
 - Что знает пациент о тестировании и его пользе?
 - Почему пациент хочет пройти тест (и хочет ли)?
 - Что знает пациент о ВИЧ?
 - Думал ли пациент о реакции на различные результаты тестирования?
 - Если результат положительный, кто обеспечит поддержку?
3. Дать пациенту общие сведения о ВИЧ/СПИДе.
4. Информация о процедуре тестирования, возможных результатах, «периоде окна». (Здесь для консультанта важно точно знать, какие тест-системы используются, так как в зависимости от чувствительности тест-системы период, когда она еще не может определить наличие антител в крови, может длиться от 3–4 недель до 3–4 месяцев.)
5. Обсуждение потенциального значения (личное, медицинское, социальное, психологическое, юридическое) возможных результатов теста.
6. Получение согласия/отказа от пациента на прохождение теста.
7. Установление доброжелательных взаимоотношений в качестве основы для послетестового консультирования (если клиент решил пройти тест) или следующего обращения (если клиент решил не проходить тест).

Особенности консультирования до теста представителей уязвимых целевых групп представлены в таблице (см. с. 27–28).

¹² Технический обзор ЮНЭЙДС: Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). ЮНЭЙДС, 2000.

Содержание дотестового консультирования для различных целевых групп (примерные фразы консультанта)			
План дотестового консультирования	Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)	Осужденные, имеющие сексуальные контакты	Беременные женщины
1. Обсуждение причины прихода на консультацию (или объяснение причины тестирования) и предложение услуг консультирования.	<ul style="list-style-type: none"> – Добрый день. – Я вас слушаю... – У нас вы можете сдать кровь на ВИЧ, получить консультацию по вопросам ВИЧ/СПИДа. – Вы приглашены для прохождения теста на ВИЧ, есть ли у вас вопросы (хотите ли проконсультироваться по вопросам ВИЧ)? 	То же.	То же.
2. Выяснение уровня знаний о ВИЧ и путях его передачи.	<ul style="list-style-type: none"> – Что вы знаете о ВИЧ/СПИДе? – Вы слышали о ВИЧ? 	То же.	То же.
3. Исправление неправильных представлений о ВИЧ.	<ul style="list-style-type: none"> – Если я правильно понял, вы считаете, что... ваши представления ошибочны (правильны). – ВИЧ – это... – ВИЧ передается... 	То же.	Сказать о возможности передачи ВИЧ от матери ребенку (во время родов, при кормлении грудным молоком).
4. Совместная оценка личного риска заражения.	<ul style="list-style-type: none"> – Как вы считаете, есть ли (была ли) у вас возможность заразиться ВИЧ? – Как вы поняли, существует много факторов, влияющих на вероятность заражения ВИЧ. Например, при употреблении наркотиков повышает риск инфицирования использование общих игл, шприцев... (Консультант заставляет потребителя задуматься над своим рискованным поведением, побуждает задавать вопросы, обсуждать конкретные случаи употребления наркотиков на воле или в заключении.) 	<p>Например, при занятиях незащищенным сексом (при необходимости пояснить, что речь идет о презервативе) риск заражения ВИЧ повышается, если у партнеров есть ИППП, раздражения слизистых, во время половых контактов присутствует кровь и т.д. Вероятность заражения зависит от вида сексуальной активности: анальный — самый высокий риск заражения, оральный — менее рискованный, чем вагинальный и анальный, и т.д.</p>	В зависимости от рискованного поведения давать информацию (см. п.4 для ПИН и осужденных, имеющих сексуальные контакты).

Содержание дотестового консультирования для различных целевых групп (примерные фразы консультанта)			
План дотестового консультирования	Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)	Осужденные, имеющие сексуальные контакты	Беременные женщины
5. Информация о тестировании на ВИЧ (процесс тестирования, значение результата теста, «период окна»).	– Итак, мы с вами обсудили ваш риск заражения ВИЧ, и вы поняли, что действительно рискуете... – Я хочу предоставить вам информацию о процессе тестирования... (информация о «периоде окна», результаты теста, время и порядок тестирования).	То же.	Сколько плановых тестирований предусмотрено в зависимости от срока беременности.
6. Проверка степени понимания информации.	– Что бы вы еще хотели узнать по этой теме? – У вас возникли какие-либо вопросы по этой информации?	То же.	То же.
7. Обсуждение значения положительного и отрицательного результата и возможных последствий. Принятие решения о прохождении теста или отказе от него.	– Итак, вы решили пройти тестирование на ВИЧ? – В случае положительного результата теста на ВИЧ вы можете обратиться за медпомощью... вам нужно больше следить за своим здоровьем... вам нужно подумать, как это отразится на вашей дальнейшей жизни...	То же.	Вам следует подумать о нашем будущем и о вашем решении (принять решение о прерывании или продолжении беременности). Возможность повысить вероятность рождения здорового ребенка.
8. Обсуждение личного плана снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией.	– Таким образом, мы с вами обсудили возможные риски инфицирования ВИЧ, поговорили о возможных последствиях. Что вы решили? – После нашей беседы думаете ли вы изменить свое поведение? – Если я правильно понял, вы раньше не знали, что промывание шприца хлорным раствором уменьшает риск заражения ВИЧ, и теперь вы намерены использовать эту процедуру при возможных случаях употребления наркотиков (расскажите об этой процедуре своим знакомым). – Если я правильно понял, вы решили отказаться от употребления внутривенных наркотиков?	– Если я правильно понял, вы раньше не знали, что презерватив защищает от ВИЧ, и теперь при посещении комнаты свиданий будете использовать презервативы? – Я рад, что после нашей беседы вы поняли, насколько опасен анальный секс без презерватива, и решили снизить неоправданный риск заражения ВИЧ.	– Если я вас правильно понял, на время беременности вы постараетесь воздержаться от наркотиков?
9. Прощание, планирование дальнейших встреч.	– Результат вашего теста будет готов... жду вас тогда-то. – Если у вас возникнут еще вопросы, можете обратиться ко мне в такое-то время.	То же.	То же.

Примерный сценарий дотестового консультирования

Цели, задачи	Слова, фразы	Невербалика	Материал	Другое
1. Приветствие, 1—2 мин				
Создать атмосферу доверия, познакомиться.	«Добрый день», «Пройдите, пожалуйста», «Располагайтесь», «Как мне вас называть?».	Смотреть в глаза, открытая поза, мимика, жесты, улыбка.	Бейджи, таблички на дверях.	Удобно расположить стул, снять халат.
2. Выяснение потребностей клиента, 7—10 мин				
Узнать причину прихода.	«Чем я могу помочь?», «Слушаю вас».	Взгляд, кивки, наклон вперед.	Визитки, листовки с перечнем услуг.	В з г л я д деловой.
3. Предложение своих услуг, 2—5 мин				
Обозначить поле деятельности, мотивировать на информацию, пробудить интерес к услугам.	«Да, у нас вы можете...», «Я могу дать информацию...», «Вы можете задавать любые вопросы».			
4. Выход на возможные проблемы, 5—7 мин				
Определить поведение с точки зрения риска, дать информацию о ВИЧ, совместно оценить риск.	«Как вы думаете, ваше сексуальное поведение связано с риском?», «Вы знаете, как передается ВИЧ?», «Что вы знаете о ВИЧ?».		Наглядные пособия.	
5. Рекомендации, советы, предложения, информация, 5—7 мин				
Принять решение, сформировать отношение к проблеме, информация о способах защиты, справочные службы, мотивированность на получение дополнительных услуг.	«Мы обсудим, и вы примете решение», «Что вы решили?»	Не смотреть на часы, не торопиться.	Телефоны других организаций, буклеты.	
6. Прощание, 1—3 мин				
Оставить дверь открытой, согласовать план следующей встречи.	«До свидания», «Если у вас возникнут вопросы, приходите».	Телесный контакт, хлопывание.		

I РАЗДЕЛ

5. Консультирование после теста на ВИЧ

Послетестовое консультирование должно предлагаться при всех возможных результатах тестирования. Задачи и содержание консультирования после теста, безусловно, зависят от результата теста, который может быть положительным, отрицательным или неопределенным.

Задача послетестового консультирования при положительном результате – дать клиенту возможность понять и в ближайшей перспективе принять свой диагноз и начать планировать свою жизнь в новом качестве. Если тест отрицательный, задача заключается в том, чтобы клиент не забыл опыт и переживания, связанные с его прохождением. Они могут быть хорошей основой для формирования у клиента безопасного в отношении заражения ВИЧ поведения. При неопределенном результате важно способствовать тому, чтобы клиент с пониманием отнесся к техническим проблемам лаборатории (ничто не идеально!) и согласился на повторный тест для получения ясного результата.

Консультирование после теста – это процесс, который может уместиться в одну встречу консультанта с клиентом, но может потребовать и нескольких встреч.

5.1. Отрицательный результат

Консультирование при отрицательном результате теста не менее важно, чем при положительном. В то время как клиент, вероятно, будет испытывать облегчение и предпочтет быстрее покинуть кабинет, консультант должен постараться объяснить ему истинную значимость полученного опыта. Важно дать клиенту возможность подумать над тем, что он чувствует по поводу отрицательного результата, и рассказать, что он может сделать, чтобы сохранить ВИЧ-отрицательный статус.

Уместно повторить основную информацию о безопасном сексуальном поведении (использование презервативов, снижение числа сексуальных партнеров) и о рисках, связанных с употреблением психоактивных веществ через инъекции. Возможно, стоит обсудить, пользуется ли клиент презервативами, и если нет, то выяснить причины отказа, предоставить информацию об эффективности и правильном применении презервативов для профилактики ВИЧ и ИППП.

Если клиенту требуется поддержка или помощь в связи с химической зависимостью, важно предоставить ему информацию о доступных программах лечения химических зависимостей, о программах снижения вреда или группах/программах психосоциальной поддержки и реабилитации.

Так же важно еще раз повторить информацию о «периоде окна» (приблизительно 4–6 недель после заражения, когда тест-системы не способны определить наличие антител) и упомянуть в связи с этим о возможности сдать повторный тест по истечении этих 4–6 недель.

Примерная схема консультирования после теста при отрицательном результате:

- Поприветствовать клиента.
- Подтвердить гарантии конфиденциальности.
- Напомнить пациенту о содержании консультирования до теста.
- Сообщить результат тестирования и объяснить значение такого результата.
- Убедиться, что клиент правильно понимает результат теста.
- Спросить о том, что клиент думал и чувствовал в ожидании результата.
- Обсудить индивидуальный план безопасного поведения/снижения риска заражения.

- Предоставить информацию о службах, куда можно обратиться за информацией, помощью и поддержкой.
- Объяснить возможность повторного тестирования, причину, по которой оно может понадобиться.
- Ответить на возникшие вопросы и уточнения.
- Напомнить, что пациент, в случае возникновения вопросов, всегда может обратиться в данную службу.

5.2. Консультирование после неопределенного результата теста

Результат теста считается неопределенным, если он ни определенно положительный, ни определенно отрицательный.

Интерпретация результата тестирования

Объясните клиенту, что этот результат не окончательный и может означать:

- человек не инфицирован, но в организме имеются сходные с антителами к ВИЧ компоненты;
- человек инфицирован ВИЧ, но в организме еще нет достаточного количества антител.

Чувство раздражения из-за того, что служба (лаборатория) не предоставила ясного результата, может привести к импульсивному желанию клиента отказаться от завершения тестирования (получения ясного результата). Консультант должен постараться объяснить клиенту, что ясный результат необходим для того, чтобы уверенно планировать свою дальнейшую жизнь. Если клиент все же отказывается от повторного теста, важно «оставить двери открытыми»: предложить клиенту пройти повторный тест в любое время, когда он решит, что хочет это сделать. В этой ситуации не стоит «давить» на клиента или запугивать его. Основной упор должен быть сделан на искреннее желание помочь клиенту, если у него возникнет потребность в помощи или информации.

Примерная схема консультирования после теста при неопределенном результате:

- Поприветствовать клиента.
- Подтвердить гарантии конфиденциальности.
- Напомнить пациенту о содержании консультирования до теста.
- Сообщить результат тестирования и объяснить значение такого результата.
- Убедиться, что клиент правильно понимает результат теста.
- Объяснить необходимость повторного тестирования и предложить срок тестирования.
- Обсудить, кто может оказать клиенту поддержку в данный период, в том числе предоставить информацию о службах, куда можно обратиться за информацией, помощью и поддержкой.
- Напомнить, что клиент до выяснения своего ВИЧ-статуса должен предпринимать все меры предосторожности, не допуская контактов других людей со своей кровью, спермой или вагинальной жидкостью.

- Обсудить индивидуальный план безопасного поведения/снижения риска заражения.
- Ответить на возникшие вопросы и уточнения.
- Напомнить, что пациент, в случае возникновения вопросов, всегда может обратиться в данную службу.

5.3. Положительный результат

В случае положительного результата консультант должен сообщить об этом клиенту спокойно и ясно, без выражения сожалений. При этом консультант не должен быть полностью формален. Необходимо показать клиенту, что консультант понимает сложность ситуации и готов поддержать клиента, обсудить, как ему лучше справиться с ситуацией. Во время этой встречи консультант должен убедиться, что человек имеет непосредственную эмоциональную поддержку со стороны ближайшего окружения – постоянного сексуального партнера, родственника или друга. По мере готовности клиента консультант может проинформировать его о возможности направления к специалистам, которые могут помочь клиенту принять его ВИЧ-статус и настроиться на положительную перспективу. Возможность поделиться известием о сероположительном результате с партнером, членом семьи или другом часто бывает полезной, и некоторые клиенты могут пожелать, чтобы кто-то сопровождал их и участвовал в консультации. Необходимо также обсудить вопросы предотвращения передачи ВИЧ неинфицированному или не прошедшему тестирования сексуальному партнеру/партнерам. При этом на первой консультации не стоит слишком настойчиво предлагать клиенту обязательно сообщить о ВИЧ-статусе его сексуальным партнерам и привести их для консультации и тестирования. Эта тема может быть безболезненно обсуждена после того, как клиент получит ответы на вопросы о своей собственной перспективе.

Главной целью консультирования после теста при сообщении положительного результата является оказание клиенту помощи и поддержки, где профилактика дальнейшей передачи ВИЧ является одной из тем: чем меньше окружающие будут бояться ВИЧ-позитивного человека, тем большую помощь они будут готовы ему оказать. Часто при получении положительного результата теста клиенту может понадобиться кризисное консультирование, так как известие о ВИЧ-инфекции воспринимается как немедленная угроза жизни.

Консультирование будет особенно эффективным, если до- и послетестовое консультирование будет проводить один консультант, так как на основании первой встречи консультант сможет выбрать наиболее подходящий способ сообщения этого известия данному клиенту и затронуть наиболее актуальные темы. При положительном результате теста конфиденциальность приобретает особенное значение. Клиенту нужно дать время, чтобы воспринять это известие. После периода предварительной адаптации клиенту нужно дать четкое объяснение значения результата теста.

Кроме того, это время для стимуляции позитивного мышления клиента. Клиенту с диагностированной ВИЧ-инфекцией, скорее всего, предстоит безболезненно прожить многие годы, к тому же лечение некоторых оппортунистических заболеваний очень эффективно и доступно. Данную информацию следует предоставить клиенту. Возможность лечения антиретровирусными препаратами (АРВ-терапию) следует упомянуть, но пред-

ложить клиенту подробнее обсудить этот вопрос с врачом, который будет его наблюдать. Если у клиента есть потребность в дополнительной помощи или поддержке, необходимо сообщить, как связаться с консультантом в моменты кризиса или тяжелого стресса.

Необходимо также подчеркнуть важность плановых встреч со специалистами СПИД-центра, соблюдения их рекомендаций и назначений с целью поддержания здоровья клиента.

Кроме знания о возможностях для сохранения здоровья, клиент должен понять, что он является источником инфекции и что ему необходимо подумать о предохранении от инфекции своего сексуального партнера.

Как объявлять положительный результат теста на ВИЧ:

- Поприветствовать клиента.
- Подтвердить гарантии конфиденциальности.
- Напомнить пациенту о содержании консультирования до теста.
- Сообщить результат тестирования прямо, коротко, нейтральным тоном: «У вас положительный результат». Показать результат теста.
- Дать возможность клиенту отреагировать на информацию, выразить свои чувства.
- Убедиться, что человек правильно понимает результат тестирования. Ответить на его вопросы.
- Оказать эмоционально-психологическую поддержку. Подчеркнуть, что возникшие чувства нормальны в таких ситуациях.
- Оценить способность справиться со стрессовой ситуацией и выяснить потенциальные источники поддержки.
- Обсудить, кто в настоящий момент может оказать человеку поддержку, кому он может рассказать о своем результате.
- Обсудить с клиентом значение здорового образа жизни: здоровое питание, полноценный сон, физические упражнения и пр.
- Объяснить клиенту важность последующего медицинского наблюдения, обследования, необходимость раннего начала лечения симптомов.
- Обсудить индивидуальный план безопасного поведения/снижения риска передачи ВИЧ-инфекции. Обсудить, что и как клиент может изменить в своем поведении. Объяснить безопасность бытовых контактов.
- Предоставить информацию об организациях и службах, предоставляющих помощь и поддержку людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.
- Ответить на вопросы пациента.

6. Консультирование людей, живущих с ВИЧ

Описанное в главах 7 и 8 выходит за рамки консультирования до и после теста на ВИЧ. Эти главы помещены в руководство по консультированию до и после теста исходя из предположения, что многие специалисты, направляющие своих пациентов/клиентов на тест и проводящие консультирование по поводу теста, продолжают работать с теми, у кого в ходе тестирования обнаружен ВИЧ.

Фактически речь здесь идет о **долговременном сопровождении** пациентов/клиентов с ВИЧ. Вопросы, описанные ниже, могут несколько раз затрагиваться клиентом и консультантом в течение длительного времени.

I РАЗДЕЛ

6.1. Вопросы для обсуждения с ВИЧ-позитивными клиентами

С человеком, только что узнавшим, что он инфицирован ВИЧ, необходимо обсудить несколько тем. Важно помнить, что клиент находится в психотравмирующей ситуации, переживает стресс. Одна из главных задач консультирования на данном этапе – эмоциональная поддержка. Другой задачей является предоставление клиенту необходимой фактической информации по ВИЧ/СПИДу и обсуждение вопросов жизни с ВИЧ. Консультант должен понимать, что клиент может оказаться не в состоянии воспринять весь объем информации за одну встречу, соответственно нужно установить с ним доверительные отношения, чтобы человек смог обратиться еще раз в случае, если потребуются дополнительная информация или помощь. Клиенту нужно сообщить и о других организациях и службах, предоставляющих помощь ЛЖВ.

Темы, обсуждаемые в этом разделе, определены как полезные для разговора с ВИЧ-положительными клиентами. Многое зависит от эмоционального состояния клиента, его открытости к получению информации и возможностей ее принять и понять.

6.1.1. ВИЧ или СПИД?

Клиент может не знать, что быть инфицированным – не то же самое, что болеть СПИДом. Раннее выяснение этого обстоятельства поможет исключить непонимание в дальнейшем. Краткое объяснение, как ВИЧ может повредить организму, также часто бывает полезно для многих обращающихся.

Объясните, что сопротивляемость иммунной системы у людей различается и что есть много примеров, когда люди, живущие с ВИЧ, ведут полноценную и продуктивную жизнь.

6.1.2. Медицинское наблюдение и помощь

Объясните, что за состоянием здоровья клиента обязательно должен постоянно наблюдать врач, специалист по ВИЧ/СПИДу. Дайте информацию об учреждениях, которые оказывают медицинскую помощь людям, живущим с ВИЧ.

Подчеркните необходимость полного врачебного обследования. Объясните важность обследования на другие инфекции, передающиеся при сексуальных контактах, вирусные гепатиты В и С.

6.1.3. Справочная служба и рекомендации

Чтобы оказывать эффективную помощь обратившимся к вам людям, необходимо располагать информацией о существующих и доступных клиенту службах (телефонах доверия, кабинетах психологической помощи, группах поддержки), государственных и неправительственных организациях, которые предлагают необходимую помощь и услу-

ги (медицинские, психологические, социальные, юридические) людям, живущим с ВИЧ. Важно постоянно обновлять и проверять информацию о тех службах, которые вы сможете рекомендовать своим пациентам/клиентам. Удобным вариантом является предоставление информации в печатной форме.

6.1.4. Информационная поддержка

Напомните клиенту, что он сам может и должен играть активную роль в поддержании своего здоровья. Что ему полезно быть в курсе новой информации, связанной с ВИЧ-инфекцией и здоровьем. Особенно это касается выбора лечения. Существует много источников, которые могут быть полезными клиенту. Сообщите адреса и телефоны организаций, которые являются надежным источником информации.

6.1.5. Практическая поддержка

Клиент может нуждаться в обсуждении психосоциальных аспектов жизни с ВИЧ – таких, как поиск работы, финансы, сообщение о своем ВИЧ-статусе членам семьи и другим людям. Не забывайте, что ваша инициатива в обсуждении этих вопросов могут усилить волнение клиента. Оцените, насколько вы готовы говорить на эти темы. В случае если ваших практических навыков коммуникации недостаточно или вы ограничены во времени, порекомендуйте соответствующую организацию или службу, которая поможет клиенту разобраться в этих вопросах.

6.1.6. Эмоциональная поддержка

Сообщите клиенту, что группы поддержки (если они есть) представляют собой великолепную возможность для обмена информацией о лечении, обсуждения путей управления стрессом, взаимной эмоциональной поддержки. Индивидуальное консультирование психотерапевта выбирают те, кто невосприимчив к групповым занятиям, те, кто нуждается в более глубоком консультировании, а также те, кому группа недоступна (по причине ее отсутствия, например). Расскажите об имеющихся и доступных службах, сообщите адреса, телефоны, назовите контактных лиц.

6.2. Рекомендации по охране здоровья

Обсудите с клиентом значение профилактики заражения какими-либо инфекциями и обращения к врачу при появлении первых симптомов заболевания.

Важно принять меры против повторного заражения ВИЧ. Лица с ВИЧ рискуют получить при заражении дополнительную дозу вируса или инфицироваться другим суб-типом ВИЧ. Это может увеличить риск развития СПИДа.

Необходимо предотвращать заражение другими инфекциями, передающимися при сексуальном контакте. Так, для лечения сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции требуются значительно большие, чем обычно, дозировки антибиотиков. Антибиотики же обладают сильным иммунодепрессивным действием и разрушают флору желудка, что нарушает усвоение пищи и приводит к сильным поносам или запорам. Саркома Капоши – наиболее частое раковое заболевание, диагностируемое у больных СПИДом. Ее причина не до конца изучена, но ведущая гипотеза объясняет возникновение этого за-

болевания присоединением другой инфекции, передающейся при сексуальном контакте (в добавление к ВИЧ). Поэтому ВИЧ-инфицированным людям следует всегда практиковать безопасный секс.

Человек с опоясывающим лишаем не должен ухаживать за человеком с ВИЧ-инфекцией, пока проявления заболевания не исчезнут. Это необходимо делать потому, что опоясывающий лишай и ветряная оспа вызываются одним и тем же вирусом; контакт с человеком, больным опоясывающим лишаем, может привести к развитию у ВИЧ-инфицированного либо ветряной оспы, либо опоясывающего лишая. Если ВИЧ-инфицированный был в контакте с больным опоясывающим лишаем или ветряной оспой, он должен обратиться к своему врачу в течение 24 часов. Ацикловир, принятый своевременно, может помочь предотвратить развитие серьезных осложнений у ВИЧ-инфицированного.

ВИЧ-инфицированным женщинам рекомендуется ежегодно проводить исследование влагалищного мазка.

При общении с домашними животными:

- людям, живущим с ВИЧ, рекомендуют не чистить кошачьи туалеты, аквариумы и птичьи клетки. Если они все-таки этим занимаются, им следует надевать латексные или виниловые перчатки (некоторые источники рекомендуют также маски на лицо);
- необходимо мыть руки с мылом каждый раз после того, как они гладили или держали на руках животных, особенно после чистки подстилок или жизненной территории животных;
- ВИЧ-инфицированным не следует брать на руки больных животных и иметь дело с их подстилками.

Основные правила приготовления пищи, которые помогут человеку с ВИЧ/СПИДом обезопасить свое здоровье:

- избегать употребления непастеризованного молока;
- не употреблять сырые яйца, включая блюда, в процессе приготовления которых были использованы сырые яйца (домашний майонез, домашнее мороженое и др.);
- мясо и домашняя птица должны быть хорошо прожарены (они не должны иметь следов сырой крови – розового цвета внутри); нельзя есть сырую рыбу или моллюсков;
- тщательно очищать кожуру сырых овощей, фрукты тщательно мыть (лучше – ошпаривать кипятком).

Для предотвращения взаимной контаминации пищи (особенно при обработке сырого мяса или птицы):

- мыть руки перед едой;
- мыть с мылом или при помощи других моющих средств (например, соды) всю посуду непосредственно перед ее использованием. Это необходимо делать с целью удаления с посуды пыли и следов насекомых (если, например, на тарелке сидела муха), в которых могут содержаться опасные для кишечника инфекции;

- следить, чтобы не обработанные в процессе варки жидкости от продуктов (кровь от мяса, вода от рыбы, креветок или других морепродуктов) тщательно смывались и не попадали на другие продукты;
- использовать пластиковую, а не деревянную доску для резки, поскольку ее легче очистить.

6.3. Здоровый образ жизни

Обсудите с клиентом важность здорового образа жизни, включая сбалансированное питание, диету и умеренную (но обязательную – для поддержки мышечной массы) физическую нагрузку.

Обсудите преимущества отказа от алкоголя и табака, которые влияют на здоровье и/или ослабляют сопротивляемость организма. Давно известно, что курение табака чрезвычайно вредно для здоровья всех людей. Отказ от курения приводит к снижению риска заболевания респираторными инфекциями, которые при наличии хронических заболеваний часто становятся причиной смерти ВИЧ-инфицированных. Если отказ от алкоголя не представляется возможным, можно снизить его употребление до минимума: не более 30–50 граммов крепких спиртных напитков или 150–200 граммов сухого вина в сутки. Если у клиента есть алкогольная зависимость, можно посоветовать ему обратиться к наркологу и/или в специальные группы взаимопомощи.

Обсудите вопрос необходимости снятия стресса. Умение справиться со стрессом включает физические упражнения, проведение времени с друзьями, посещение групп поддержки, медитацию, упражнения по расслаблению, витаминотерапию.

6.4. Сексуальные отношения и профилактика передачи ВИЧ-инфекции

Объясните клиенту, что он/она может передавать ВИЧ-инфекцию и сам/сама заразиться ИППП или повторно ВИЧ-инфекцией в том случае, если происходит обмен жидкостями организма (кровью, спермой или вагинальным секретом) с другими людьми. Будьте внимательны и не читайте клиенту нотаций, чтобы не возник барьер в общении. Хорошим способом обсуждения этой проблемы является такая постановка вопроса: «Вы знаете, что такое безопасный секс?» или «Что вы думаете о безопасном сексуальном поведении?».

Обсудите с клиентом важность безопасного сексуального поведения, которое исключает обмен жидкостями организма. Обсудите применение презервативов, лубрикантов, спермицидов. Будьте готовы обсудить риск использования общих шприцев и игл. Кроме того, убедитесь, что клиент понял: реинфекция ВИЧ или заражение другими болезнями, передающимися половым путем, может принести вред его собственному здоровью. С другой стороны, при ИППП увеличивается содержание ВИЧ в семенной жидкости и влагалищных секретах, что приводит к повышению риска передачи ВИЧ.

Рекомендации по снижению риска при сексуальных контактах для людей с ВИЧ-инфекцией ничем не отличаются от рекомендаций для не инфицированных ВИЧ людей.

6.5. Советы опытных специалистов по консультированию людей, живущих с ВИЧ

6.5.1. Памятка для консультанта

- Не делайте заранее предположений, что ВИЧ-инфицированный клиент обязательно что-либо знает о ВИЧ/СПИДе.
- Спросите, существует ли у клиента поддержка со стороны друзей, близких, медицинских работников и пр.
- Часто ВИЧ-инфицированные клиенты обращаются за консультацией потому, что они испуганы и хотят с кем-то поговорить. Дайте им возможность выговориться, прежде чем давать информацию.
- Будьте готовы к тому, что вне зависимости от того, насколько вы хотите помочь кому-либо, возможны моменты, когда вы почувствуете себя абсолютно беспомощным.
- Помните, что вы не несете ответственности за ситуации, находящиеся вне зоны вашего влияния. Если вам кто-то звонит из сельской местности, где вокруг на 300 километров нет ни одной службы помощи, – это не ваша вина.
- Не перегружайте клиента информацией. Дайте ему/ей знать, что можно перезвонить/прийти в другое время и поговорить о наиболее волнующей проблеме.
- Всегда будьте честны. Не приукрашивайте факты только для того, чтобы клиент чувствовал себя лучше. Когда он узнает правду – будет только хуже.
- Умейте сказать: «Я не знаю». Если вы затрудняетесь ответить на какой-либо вопрос, не стесняйтесь в этом признаться. Это только поможет укрепить доверие между вами и клиентом. Вы можете пообещать, что к следующей встрече постараетесь найти ответ на этот вопрос, или дать конкретные рекомендации, куда лучше обратиться за информацией.
- По какой-то причине клиент может разозлиться. Не принимайте этого на свой счет. Вы не виноваты и не должны отвечать за то, что кто-то в автобусе был груб с ним. Ваша цель – говорить о ВИЧ-инфекции и помочь принять эффективные меры для сохранения его здоровья.
- Чрезвычайно важно, чтобы по вашему тону и общему отношению клиент понял: он/она остается человеком, полноправным членом общества, обладателем человеческого достоинства. Для многих людей, получивших положительный результат при тестировании на ВИЧ или диагноз СПИД, основным кризисным вопросом становится: «Кто я теперь? Как мне дальше думать о себе? Отвергнут ли меня другие?»

6.5.2. Темы, чаще всего затрагиваемые во время консультаций

Проблемы, которые поднимают люди в ходе консультирования, часто касаются широкого круга тем: неопределенности, сохранения тайны, утраты. Консультанты отмечали, что спектр проблем необычайно широк. В таблицу на с. 39 сведены темы, перечисленные 177 консультантами по ВИЧ/СПИДу.

Те, кто оказывают заботу и поддержку людям, живущим с ВИЧ, тоже часто испытывают значительный эмоциональный дискомфорт и страх общественной изоляции.

В результате анкетирования, проведенного среди этих специалистов (470 участников), были получены следующие определения причин подобных переживаний: 35% хотели обеспечить возможно лучший уход и стремились этого достичь; 23% сосредоточились на собственном эмоциональном дискомфорте (чувство утраты, гнева, беспомощности, вины, беспокойства и депрессии); 27% волновал риск передачи ВИЧ и 20% беспокоили осуждение и дискриминация их самих и тех, о ком они заботятся.

Темы, чаще всего затрагиваемые во время консультаций	%
Беспокойство по поводу взаимоотношений (сексуальных и прочих) с людьми	15
Как избежать передачи ВИЧ	13
Смерть и умирание	12
Развитие болезни и определение собственной стадии	11
Как владеть собой	10
Практические, финансовые вопросы, работа	10
Кому и как рассказать?	8
Позор, страх изоляции/предвзвешенных	7
Здоровый образ жизни	5
Вопросы конфиденциальности	5
Принятие решения о прохождении теста на ВИЧ	4

7. Психологические аспекты жизни с ВИЧ/СПИДом

7.1. Типы психологических состояний человека при положительном результате теста на ВИЧ

Диагноз ВИЧ-инфекция создает значительные психологические нагрузки. Психологические состояния, в которые попадает ВИЧ-инфицированный, связаны с тем, что часто диагноз становится для человека неожиданностью и потребуется время, чтобы его принять и адаптироваться к жизни в новой реальности.

ВИЧ-инфекция дает толчок неуверенности во всех аспектах жизни человека, включая качество и продолжительность жизни, эффективность лечения и реакцию со стороны общества. Эти вопросы необходимо обсудить открыто и откровенно.

В ответ на неуверенность ВИЧ-инфицированный должен предпринять какие-то шаги, чтобы адаптироваться к новым условиям. Даже отсутствие какой-либо реакции на сообщение результата может быть попыткой адаптироваться через отрицание (см. ниже).

Не существует возможности точно предсказать возможную реакцию человека на сообщение положительного результата анализа на ВИЧ-инфекцию.

7.1.1. Шок

Это естественная реакция человека на информацию, представляющую угрозу для жизни. Шоковая реакция обычно включает:

- состояние оцепенения, «оглушенного» молчания, выражение недоверия к сказанному;
- чувство смущения, смятения, неуверенности в настоящем и будущем;
- отчаяние («О Боже, все пропало!»);
- состояние эмоциональной нестабильности (быстрый и непредсказуемый переход от слез к смеху и наоборот);
- отстраненность, дистанцирование от существующих вопросов и обстоятельств, нежелание участвовать в разговоре, деятельности или составлении планов лечения.

7.1.2. Отрицание

Некоторые люди могут реагировать на сообщение о постановке диагноза категорическим отказом поверить в вероятность такового («Это не может случиться со мной!»). На первоначальном этапе отрицание, ослабляя стресс, способно оказать благотворное влияние на пациента, но в дальнейшем оно только затрудняет процесс его адаптации к новым жизненным условиям. Если не противостоять отрицанию, человек может не осознать той социальной ответственности, которая налагается на него с момента информирования.

7.1.3. Суицидальные мысли и поступки

У человека, узнавшего о своем ВИЧ-статусе, значительно повышается риск суицидального исхода. Самоубийство может трактоваться как возможность избежать физических страданий и прекратить переживания родных и близких. Самоубийство может быть активным (намеренное членовредительство, влекущее за собой смерть) и пассивным (разрушающее здоровье поведение).

7.1.4. Страх

У человека, живущего с ВИЧ, много страхов. Самые серьезные из них – страх смерти и страх умирания от боли и/или в одиночестве. Среди прочих следует выделить страх оказаться брошенным (отвергнутым) близкими и обществом, страх оставить детей/семью без поддержки, страх потери телесных или умственных способностей, страх потери конфиденциальности. Иногда причина появления страха обоснована опытом других людей. Но во многих случаях она связана с недостаточностью информации о ВИЧ/СПИДе. Страхи можно уменьшить, обсудив их открыто.

7.1.5. Депрессия

Очень часто человек приходит в состояние депрессии в момент осознания, что вирус полностью завладел телом, заболевание неизлечимо и над ситуацией потерян контроль. Внешним поводом к депрессии могут послужить участвовавшие медицинские осмотры. Кроме того, свой «вклад» в развитие депрессии может внести утрата способности к воспроизводству, выполнению родительских функций, а также невозможность долгосрочного планирования.

7.1.6. Беспоконство/тревога

Беспоконство входит в жизнь ВИЧ-инфицированного, как следствие чувства неопределенности в связи с заболеванием. Беспоконство может быть вызвано разными причинами, например, увеличившимся риском заражения другими заболеваниями, ухудшающейся способностью к эффективной деятельности, потерей здоровья и финансовой независимости.

7.1.7. Снижение самооценки

Самооценка начинает страдать сразу же после диагностирования ВИЧ-инфекции. Отстраненность соседей, коллег по работе, знакомых и близких людей может вызвать ощущение потери социальной значимости и уверенности в себе, что, в свою очередь, приводит к снижению самооценки. Усугубить положение могут сопутствующие ВИЧ-инфекции заболевания, вызывающие изменение внешнего облика, а также физическое истощение, потеря физических сил и контроля над собственным телом.

7.1.8. Ипохондрия

К ипохондрии человека может привести чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья, когда сильнейшее беспоконство вызывают даже малейшие физические изменения. Ипохондрия может носить временный характер, проявляясь сразу же за сообщением диагноза, или постоянный, когда приспособляемость к заболеванию затруднена.

Любому человеку, узнавшему о диагнозе ВИЧ/СПИД, требуется психологическая поддержка и помощь в прохождении последующих стадий адаптации к диагнозу через выслушивание, отражение и принятие его чувств, через предоставление информации, усиление уверенности в том, что он сам может управлять своей жизнью.

7.1.9. Человек время от времени испытывает различные чувства Озлобленность

Некоторые люди впадают в ярость, чувствуя, что им «страшно не повезло», что они заразились. Их поведение становится разрушающим, и они способны нанести вред и себе, и окружающим. У них может появиться склонность к частому самобичеванию (как я мог заразиться ВИЧ и т.д.), не исключены суицидальные настроения.

Потеря

Люди с ВИЧ/СПИДом испытывают чувство потери собственных притязаний, физической привлекательности, возможности сексуальных отношений, общественного положения, финансовой стабильности и независимости. По мере того как усугубляется потребность в физическом уходе, усугубляется ощущение потери уединенности и контроля над собственной жизнью. Крайне опасной является потеря уверенности в себе, так как в связи с этим может снизиться способность справиться с ВИЧ/СПИДом.

Горе

Люди с ВИЧ/СПИДом часто испытывают состояние глубокого горя и потери. Их страдания могут усиливаться из-за переживаний близких и друзей, являющихся свидетелями ухудшения здоровья ЛЖВ.

Вина

В момент, когда человеку сообщают о диагнозе ВИЧ, он обычно испытывает чувство вины перед теми, кого по неведению мог инфицировать, или за свое поведение, результатом которого явилась ВИЧ-инфекция (опыт небезопасного секса или инъекционное употребление наркотиков). Во многом состояние человека еще более усугубляется отношением общества к проблеме ВИЧ/СПИДа. Он испытывает чувство вины за печаль, беспокойство или потери, которые его болезнь причиняет любимым людям, семье и особенно детям.

Стремление к изоляции

Реакцией ВИЧ-инфицированного может быть полный отказ от социальных контактов. Одна из важных причин подобной реакции – страх быть покинутым и реакция на него: «Все равно все отвернутся от меня, так лучше я сделаю это первым». На начальном этапе консультирующий должен проявить уважение к потребности клиента в изоляции. Но если это состояние затягивается, консультанту следует выяснить причины и побудить человека изменить отношение.

Душевное смятение

Бывает, что страх смерти или другие реакции на известие о неизлечимом заболевании вызывают или повышают заинтересованность в решении духовных вопросов. Осознание греха и вины, состояние прощения, примирения и приятия могут стать результатом поиска религиозной поддержки.

Факторы, влияющие на степень проявления негативных эмоций и психическое состояние клиента:

- *Состояние здоровья клиента на момент сообщения ему диагноза ВИЧ.*
- *Готовность клиента к восприятию диагноза ВИЧ.*
- *Уверенность/неуверенность в поддержке со стороны сообщества, в помощи друзей или членов семьи.*
- *Прежние ценности. Особенности психики клиента.*
- *Отношение к вопросам ВИЧ/СПИДа, болезни, смерти, обусловленное культурной традицией и духовными воззрениями клиента.*

7.2. Этапы адаптации к диагнозу

Сообщение о неизлечимой болезни может по-разному сказаться на жизни человека и близких ему людей. Кто-то догадывался о болезни, для других она оказалась полной неожиданностью. Но так или иначе, получение этой информации в большинстве случаев расценивается как чрезвычайное событие.

Психологический кризис – неотъемлемая часть процесса принятия болезни, потому что болезнь затрагивает и изменяет всю жизнь человека. Болезнь включает несколько компонентов: *сенсорный* – восприятие боли или других нарушений; *эмоциональный* – переживание по поводу случившегося с широким спектром эмоций, от страха до надежды; *волевой* – необходимость справиться с болезнью; *рациональный* – знание о болезни.

Отношение человека к болезни может быть *адекватным* – соответствующим состоянию, *пренебрежительным* – серьезность заболевания недооценивается, *отрицающим* – связанные с заболеванием мысли и факты отвергаются, *фобическим* – серьезность состояния преувеличивается, *позитивным* – заболевание связывается преимущественно с положительными переживаниями (например, болезнь как новый опыт, как возможность иначе взглянуть на себя и мир, получить новые материальные или иные выгоды).

Знания о психологии болеющего человека необходимы консультанту, работающему с неизлечимо больными и затронутыми проблемами ВИЧ-инфекции людьми.

Психиатр и танатолог Элизабет Кюблер-Росс, изучая процесс адаптации пациентов к диагнозу рака, выделила пять условных стадий на пути к адаптации¹³:

- шок и отрицание (отказ верить),
- гнев (раздражение, обращенное вовне),
- торг, сделка,
- депрессия (раздражение, обращенное вовнутрь), печаль,
- принятие.

Человек, узнавший о своем неизлечимом заболевании, может отвергать неизбежность тяжелой болезни и фатального конца. Это естественная психологическая защита. Человек ошеломлен, потрясен. Он отказывается верить: «Этого не может быть! Это неправда! Этого не могло случиться со мной! Это ошибка!» Отрицание является наиболее мощной защитной реакцией из всех последующих. Однако при длительном существовании отрицание вызывает невроз.

Есть и эмоциональная сторона ситуации узнавания положительного диагноза – часто это вызывает страх. Но это связано не с ВИЧ конкретно, а с тем, что он, как и любая другая болезнь, связан с темой смерти, а вот об этом-то знания, концепции, или предположения, зачастую у человека нет.

Если врач, социальный работник или психолог работают с отрицающим факт болезни клиентом, то более всего следует использовать активное слушание. Не стоит активно вмешиваться: возможности ускорить принятие диагноза невелики. Вместо со-

¹³ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. София, 2000.

средоточения на последующих шагах следует предложить клиенту исследование имеющихся у него планов, надежд, страхов и опасений, которые могут мешать принять реальность. Также клиенту, находящемуся на этой стадии, необходимо рассказать о том, где он может получить дополнительную информацию, и дать печатные материалы, в которых будут ясно и, желательно, кратко описаны последствия заболевания и основные рекомендации по сохранению здоровья (см. главу 6).

7.2.1. Гнев

Когда человек понимает, что он теряет в связи с заболеванием, происходит переход на стадию гнева. Гнев здесь – простая агрессия по отношению к «врагу». Если ранее человек пытался «врага» не заметить, отказать ему в существовании, то когда выясняется, что «враг» настолько силен, что существует, начинается попытка его уничтожить.

Человек, понимающий, что болезнь может кардинально изменить его жизнь, привычки, увлечения, отдалить от него друзей и привычное окружение, раньше или позже начинает переживать гнев. Это негодование на несправедливость судьбы может переходить в явную агрессию в адрес окружающих. Гнев и враждебность являются нормальным этапом переживания болезни. Человека мучительно занимает вопрос: «Почему я?» И, не найдя ответа, он переходит к раздражению, гневу, ярости или зависти. В случае ВИЧ-инфекции обвинения и сильный гнев часто бывают обращены на виновника заражения. Это следующая попытка человека защититься от угрожающей ему реальности.

В случае встречи с этими реакциями консультант должен принять их, воздерживаясь от искушения осудить или наказать собеседника собственным возмущением.

7.2.2. Торг. Сделка

Когда эмоциональные ресурсы истощаются, человек может попытаться прибегнуть к сделкам. Болезнь прогрессирует, а силы, истраченные на отрицание и гнев, не восстанавливаются так быстро, как хотелось бы. Человек начинает выпрашивать, выторговывать поблажки у окружающих, которые, по его мнению, могут хоть чем-то помочь, часто делая ставкой в сделке собственную жизнь: «Если меня вылечат, я никогда не буду обманывать», «Если я брошу курить, вы мне поможете остаться в живых?». Эти попытки сделок длятся некоторое время и являются вполне естественными реакциями, помогая человеку смириться с реальностью болезни или оканчивающейся жизни. Человек может стать общительным или доверительным, ожидая за хорошее поведение вознаграждения – избавления от болезни или продления жизни. Отсутствие успеха в прошлых сделках приводит к тому, что ставки в новых сделках становятся все меньше и они касаются все более ограниченных целей.

Сделка – по сути продолжение попытки уничтожить «врага», но не силой, а обманом. Когда и это не удается, человек возвращается к себе и начинает обдумывать свое новое состояние и свои возможности в этом состоянии...

Беседуя с человеком, консультанту следует помнить, что предлагаемую «сделку» необходимо принять. Этот подход, хотя и может показаться игрой, для тяжелобольного человека будет долгожданным утешением. Нет смысла обсуждать темы, находящиеся за пределами его сознания, – это вызовет лишь непонимание и усталость.

7.2.3. Депрессия (горе, печаль)

Когда сделки не приносят желаемого изменения к лучшему, а сил становится все меньше, неизбежно возникает депрессия. Окружающее кажется мрачным, человек чувствует себя незащищенным, он постепенно теряет интерес к жизни, становится малообщительным. Если главным переживанием является потеря здоровья, то депрессия проявится в виде сильного чувства обиды, вины, в меланхолическом настроении. Если главным переживанием является скорбь по поводу утраты семьи, друзей, жизни и будущего, то это может свидетельствовать о приближении этапа принятия. Беседовать с человеком в депрессии очень трудно.

Человека в состоянии депрессии не следует чрезмерно ободрять – это выглядит неуместным на фоне реальности печальных обстоятельств. Важно, чтобы консультант находился рядом, поскольку ничто так не травмирует человека в депрессии, как утрата значимых отношений. Даже молчаливое присутствие вызывает благотворные перемены, создавая ситуацию душевного комфорта и эмоциональной теплоты. Консультанту следует выражать свои мысли простыми, понятными и краткими предложениями. Он должен быть заботливым и понимающим.

У кого-то могут появляться **мысли о самоубийстве**. Чаще всего это происходит:

- а) у людей, испытывающих интенсивную потребность в контроле;
- б) при внезапном сообщении о неизлечимом заболевании («Вряд ли что-то можно сделать, вы обратились слишком поздно»);
- в) если обещанные перспективы выздоровления оказываются недоступны (например, человек узнает, что лекарство существует, но он не может его приобрести);
- г) в состоянии **одиночества**.

7.2.4. Принятие

На данном этапе человек как бы смиряется с неизбежностью происходящего с ним: «Я прожил полную и завершенную жизнь. Я могу умереть». В этом принятии, как писал А. Маслоу¹⁴, проявляется самоактуализация человека. Принимая неизбежное, многие напоминают людей, обреченных на выполнение приговора. Но иные как будто неожиданно обретают мир и спокойствие.

У людей, приближающихся к смерти в результате заболевания, могут наблюдаться несколько видов реагирования на ситуацию¹⁵:

- Человек начинает «цепляться за жизнь», использует любые средства для того, чтобы остаться в живых. Болезнь (или борьба с болезнью) становится главным смыслом жизни. Это лишает человека всех радостей, кроме одной, желанной – победы над болезнью. Такая реакция свойственна довольно небольшому количеству людей.

¹⁴ Исаев И. Д., Шерстков К. В. Психология суицидального поведения. Самара, 2000; http://nadesika.narod.ru/psy_suicidl.htm.

¹⁵ Там же.

- Принятие ситуации смерти как вероятной. Как правило, люди, принимающие ситуацию возможной смерти, начинают жить в полную силу. Стараются максимально обогатить себя духовно, не дать болезни взять над собой верх. Болезнь становится чем-то второстепенным, но постоянным, неким «фоном» жизни, но не руководящей силой.
- Принятие ситуации как неизбежной. Такая реакция влечет за собой апатию, уход в болезнь, тяжелые переживания по поводу любых ее проявлений. Болезнь определяет жизненный выбор, становится стержнем поведения.

Страх смерти лишает человека душевного покоя и внутреннего равновесия. Как правило, страх выражается в мыслях о том, что будет дальше, и тревоги по поводу собственной неготовности к возможным событиям.

С другой стороны, любовь к жизни наполняет жизнь человека творчеством, любовью, радостью, светом, приносит душевный мир, делает человека открытым любым событиям.

Человеку нужна помощь в том, чтобы обрести спокойствие и продолжать радоваться жизни.

Чувства гнева, печали и отрицания могут возвращаться. Но со временем они становятся все менее острыми. Если человек не может преодолеть одну из стадий переживания горя, ему, скорее всего, необходима дополнительная помощь психолога или психиатра.

Не каждый человек обязательно проходит через все перечисленные стадии переживания, и необязательно они происходят в указанном порядке. Может быть «выпадение» какой-либо из них или «хождение по кругу» (когда негативное событие провоцирует депрессию или гнев). Если подобное происходит, значит, адаптация к диагнозу была ложной, временной, нестойкой и разрушилась при появлении лично-значимых проблем.

7.2.5. Принятие диагноза ВИЧ-положительными клиентами/пациентами

О принятии диагноза в полной мере свидетельствуют способность человека спокойно говорить о своем статусе, изменение его поведения, ориентация на поддержку и сохранение здоровья, социальная активность, часто связанная с болезнью: профилактика ВИЧ-инфекции, защита прав людей, живущих с ВИЧ.

Кюблер-Росс писала о ситуациях быстрого прогрессирования болезни¹⁶. ВИЧ, как известно, прогрессирует значительно медленнее других болезней. «Сделка» в ситуации с ВИЧ начинается тогда, когда человек устает быть агрессивным. При этом вовсе не обязательно, что состояние его здоровья ухудшается. Могут быть психосоматические проявления, но они проходят быстро, сразу после простейшей психотерапии или приема релаксантов с ноотропами. Отчасти усталость от агрессии приходит потому, что человек не находит подтверждения своим опасениям: он не чувствует бессилия и сильной боли, не замечает изменений в своей внешности. После того как человек соглашается с тем, что он инфицирован, он начинает ждать. И очень часто, не дождавшись каких-либо призна-

¹⁶ Исаев И. Д., Шерстков К. В. Там же.

ков ухудшения состояния, начинает переоценивать свое состояние и перспективы. То есть в случае с ВИЧ, в отличие от рака (когда есть явное подтверждение в виде вполне физической опухоли), после агрессии идет не «торг и сделка», а переоценка своего состояния. Эта переоценка может происходить быстро, а может затянуться. Выглядит это как подобие ступора, когда человек пристально «вслушивается» в свои ощущения.

Следующая за этой переоценкой попытка сделки выглядит примерно так же, как описано Кюблер-Росс, только в ней нет того напряжения, которое присутствует у умирающего человека.

То, что происходит в ситуации с ВИЧ, сродни скорее процессам, связанным с принятием старения, но они ускорены. У ВИЧ-инфекции нет явных признаков, которые позволяют человеку сразу ощутить разрушение организма. Это бывает только на финальной стадии, которая наступает через 5–15 лет после заражения. Когда появляются физически ощутимые последствия заражения, ВИЧ-позитивный человек может снова встать перед необходимостью принять себя, уже «реально» больного.

В ситуации, когда после заражения прошло 1–2 года и человек почти ничего не знает о ВИЧ, можно наблюдать так называемый двойной цикл процесса принятия диагноза.

Первый цикл:

- Гнев.
- Сомнение и переоценка, похожие на депрессию, но ею не являющиеся (чтобы сократить этот период и снизить «накал» будущего торга, именно здесь нужно просто и ясно рассказать человеку, в какой ситуации он оказался).
- Торг (очень длительный период, часто не очень выраженный).
- Принятие текущего состояния (часто происходит с рецидивами торга).

Второй цикл (по описанию Кюблер-Росс):

- Гнев (когда появляются первые физически различимые признаки иммунодефицита).
- Торг.
- Депрессия.
- Принятие.

8. Закономерности изменения поведения. Процесс принятия решения и модели изменения поведения

8.1. Почему мы говорим об изменении поведения?

Поступки человека в повседневной жизни, как правило, определяются привычной для него схемой поведения. Находясь в необычной для себя ситуации или перед необходимостью выбора, он может сделать совершенно неожиданный шаг либо последовать одной из опробованных ранее стратегий. Люди, обладающие широким и разнообразным набором коммуникативных стратегий, легче адаптируются в нестандартных си-

туациях, чаще принимают взвешенные и ответственные решения. Если же у человека в арсенале только одна или две стратегии, это значительно снижает его свободу выбора и повышает вероятность принятия неудачных решений.

8.2. Изменение поведения

Основным методом профилактики ВИЧ является изменение поведения с опасного на менее опасное или безопасное (см. раздел II «Профилактика передачи ВИЧ»). Консультирование до и после теста на ВИЧ является неотъемлемой частью этой работы. Консультирование важно в первую очередь для актуализации вопроса для клиента, эффективной передачи ему информации по теме и поддержки процесса принятия клиентом решений о его собственных будущих действиях. Остальные этапы изменения поведения – обучение личностным и социальным навыкам, различная терапия, поддержка измененного поведения – «отрабатываются» другими технологиями, неразрывно связанными с консультированием, но отделенными от него территориально и по времени. Важно заметить, что отсутствие консультирования существенно осложняет или делает невозможной реализацию следующих за ним этапов работы по изменению поведения.

8.3. Модель изменения поведения¹⁷



Данная схема иллюстрирует, какого рода взаимосвязь существует между информацией, мотивацией, поведенческими навыками и поведением. Каждый человек обладает определенным набором поведенческих навыков. Эти навыки в повседневной жизни образуют картину типичного для него поведения. Модель поведения зависит не только от того, как человек себя ведет, но и от того, какие цели он преследует своим поведением. Иными словами, всякое поведение определяет мотивация. Мотивация – это толчок, побуждение к действию, направление его активности. Мотивация расценивается психологами как причина поведения. Успешность и эффективность реализации мотивов определяет характер эмоций, которые будет испытывать человек. Мотивация к той или иной деятельности зависит от информации, которой владеет человек. Информация в данном случае – это знания, личный опыт и дополнительные сведения о предметах или явлениях, получаемые человеком в течение жизни. Информация, которой владеет человек, может стимулировать его на приобретение новых навыков или отказ от используемых ранее. Наличие новой информации оказывает влияние и на поведение человека. Все связи на этой схеме взаимонаправлены. Это означает, что изменение в каком-либо одном блоке приводит к изменениям во всех остальных.

¹⁷ Fisher J. D. , Fisher W. A. Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111 (1992): 455–474.

На поведение человека значительное влияние оказывает степень его уверенности в себе, осознание себя победителем либо неудачником. Процесс принятия решений и их реализация в той или иной степени представляют затруднения для любого человека. Однако решение об изменении поведения может приобретать социально значимые черты, когда это связано с необходимостью отказа от приема наркотиков/алкоголя или выбора более безопасных практик сексуального поведения. Поэтому процесс принятия решений стал предметом исследований психологов во всем мире.

Например, человек, никогда не использующий презерватив, в какой-то момент узнает о возможности заражения ВИЧ половым путем, т.е. получает новую информацию. Он понимает, что у него нет навыка покупки и использования презервативов, не знает, как предложить это своей девушке, т.е. не владеет поведенческими навыками. Знания о возможности инфицирования тяжелым заболеванием активизируют мотивацию на сохранение здоровья. Так, информация и мотивация порождают решение начать использовать презервативы, т.е. изменить проблемное поведение. Реализовать принятое решение мешает отсутствие поведенческих навыков. Если человек приобретает недостающие поведенческие навыки, он, вероятно, поменяет проблемное поведение на более безопасное и приемлемое в данной ситуации.



Эта схема хорошо иллюстрирует три основные цели профилактических программ, направленных на формирование ответственного и безопасного поведения:

- **Достоверное информирование.**
- **Создание мотивации для сохранения здоровья и безопасного с точки зрения возможного инфицирования поведения.**
- **Формирование поведенческих навыков.**

Однако человек – сложное существо и в простые схемы вписывается не всегда. В этой связи в 1993 году Прохаской и Диклеме¹⁸ была предложена модель изменения поведения. Эта модель может быть использована для изменения поведения с целью сохранения репродуктивного здоровья, профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, а также при реабилитации наркозависимых.

8.3.1. Преднамерение

На этой стадии человек не подозревает, что у него есть проблема, или серьезно не думает об изменении своего поведения.

Скорее всего, он просто не обладает достаточной информацией. Отсутствием информации можно объяснить и активное нежелание ее получения. Около 50% людей отрицают существование проблемы и, соответственно, не видят причин к изменению своего поведения. Им, безусловно, нужна помощь. Помощь нужна и тем людям, которые признают существование проблемы, но испытывают неуверенность в себе, им трудно смириться с ее присутствием в их жизни, трудно контролировать себя и свое поведение.

8.3.2. Намерение

На этой стадии человек начинает реально осознавать суть и значимость проблемы. Он в значительной мере оказывается подвержен психологическим расстройствам, поскольку убеждается в необходимости изменения поведения.

Он пытается контролировать свою жизнь; зачастую испытывая сомнения в своих возможностях, ищет поддержки у окружающих. Ему необходима дополнительная информация. На этой стадии происходит анализ необходимых затрат и возможных преимуществ в случае изменения поведения.

Стадия «намерение» может быть довольно продолжительной.

8.3.3. Решение

На этой стадии человек уже владеет достаточной информацией о своей проблеме и осознает значимость этой информации для себя. Человек ищет выход из сложившейся ситуации. Принимает решение о том, будет ли он изменять свое поведение. Обдумывает возможные варианты действий для изменения поведения и условия, необходимые для этого.

8.3.4. Действие

Это стадия, на которой человек изменяет свое поведение и влияющие на него факторы. Решение реализуется на практике. Человек начинает чувствовать уверенность в себе, потому что он верит в возможность реализации принятого решения. Окружающие также замечают происходящие изменения и обычно «отдают ему должное» (одобрение других людей очень значимо). Стадия «действие» обычно является самой непродолжительной, но она – самая важная.

¹⁸ Prochaska, James and DiClemente, C. C. In search of how people change: Applications to addictive. *American Psychologist*, 47 (1992). 1102–1114.

8.3.5. Поддержание

На этой стадии человек пытается укрепить достигнутые результаты и предупредить рецидив. Для поддержания изменений важна позиция так называемого значимого окружения. Если есть поддержка со стороны близких людей, вероятность рецидивов снижается. Человек может испытывать страх перед возможным рецидивом, который ослабевает только со временем.

8.3.6. Рецидив

Если человек оказывается не в состоянии поддержать произошедшие изменения, возникает рецидив – возвращение к проблемному поведению. Это может иметь серьезные негативные последствия: потерю веры в возможность реализовать собственные решения, контролировать свою жизнь.

Однако человек может «вернуться» на стадию намерения и совершить как бы еще один оборот по «спирали изменений».

Данная модель циклична, и каждый человек может покинуть ее на любой стадии. Та стадия, на которой находится человек, является главным показателем возможного прогресса: чем дальше человек продвинулся по «спирали изменений», тем возможнее появление положительных результатов.

8.3.7. Процесс изменения

Процесс изменения обусловлен мотивами, которые заставляют человека принимать решение об изменении своего поведения. Рассматриваемая модель включает в себя десять различных мотивов изменения поведения.

1. **Осознание.** Выражается в том, что человек осознает существование проблемы и значимость полученной информации. Это создает предпосылки принятия эффективных решений по изменению сложившейся ситуации.
2. **Самопереоценка.** На эмоциональном и рациональном уровнях происходит оценка преимуществ и недостатков изменения поведения.
3. **Социальное освобождение.** Характеризуется фокусированием на негативных последствиях поведения для окружающих – устои социума входят в конфликт с поведением индивидуума.
4. **Личное освобождение.** Формирование новых взглядов на жизнь. Растет уверенность в собственных силах.
5. **Изменения в окружающей среде.** Меняются жизненные обстоятельства и отношение окружающих к человеку (не по его инициативе). Это серьезные изменения внешних условий, которые влияют на поведение человека.
6. **Изменение условий и их оценки.** Изменяется реакция человека на существующие обстоятельства его жизни или появляется новая реакция на изменившиеся условия.
7. **Контроль условий.** Изменяются внешние условия с целью снизить возможность реализации человеком проблемного поведения.
8. **Управляемое изменение.** Человек изменяет обстоятельства, вызывающие у него проблемное поведение.

9. Резкое изменение. Изменение поведения вследствие сильной эмоциональной реакции на какое-либо событие.

10. Доверительные отношения. Устойчивые доверительные отношения по крайней мере с одним человеком, например с лечащим врачом.

- Человек, находящийся на стадии преднамерения, редко оказывается способен к активным изменениям. Обычно это ограничивается проявлением осознания проблемы. На данной стадии проще оценить себя и свои возможности.
- На стадии действия активизируется процесс личного освобождения. Это довольно сложная стадия изменения, когда человек больше всего нуждается в поддержке и понимании.
- Стадия поддержания основана на происшедших процессах изменения. На данной стадии человеку необходимо найти альтернативу прошлому поведению.
- Процесс изменения и контроля за своим поведением будет наиболее эффективным при наличии поддержки со стороны.

Вывод: для того чтобы человек принял решение об изменении поведения, главное – создать у него мотивацию.

Процесс формирования мотивации может быть разделен на четыре этапа:

- уверенность в себе,
- получение и принятие информации,
- чувство компетентности,
- появление понимания необходимых изменений.

Комментарий: уверенность в себе необходима, так как без нее человек не будет готов к получению информации.

Для того чтобы помочь человеку достичь желаемых изменений в поведении, необходимо учитывать, что:

- мотивация изменений должна исходить от самого человека, а не извне;
- агрессивное убеждение неэффективно при разрешении сомнений и противоречий, возникающих у человека с проблемным поведением;
- человек должен осознать наличие противоречий в своем отношении к проблеме («мне хотелось бы... но, с другой стороны...»);
- человек с проблемным поведением может нуждаться в конкретных советах по разрешению противоречий;
- стиль общения должен быть спокойным и дипломатичным;
- готовность к изменению не возникает сама собой, а является продуктом личностных переживаний;
- партнерские отношения могут помочь человеку достичь желательных изменений;
- человек нуждается в безопасной обстановке для разрешения внутренних конфликтов.

Общение с наркозависимым может быть достаточно сложным и не всегда приятным процессом. Особенно сложно, если это близкий человек, которому хочется помочь,

не вступая с ним в со-зависимые отношения. С этой целью могут быть использованы следующие методики:

1. Сопереживание.

Принятие облегчает перемены; умение выслушать очень важно; двойственность вполне естественна.

2. Вычленение противоречий.

Важно, чтобы потребитель наркотиков понял, какие последствия может иметь его поведение; укажите на противоречия между нынешним поведением и поведением, необходимым для сохранения здоровья, – возможно, именно это послужит мотивацией к изменению поведения.

Предоставьте человеку возможность высказывать собственную точку зрения по поводу происходящего и собственной готовности к изменениям.

3. Нейтрализация ситуаций, способных привести к спору.

Споры непродуктивны: необходимость защищаться способствует поиску оправданий, сопротивление является сигналом к необходимости смены стратегии; избегайте «навешивания ярлыков».

4. Несопротивление.

Восприятие может быть изменено: новые перспективы предлагаются, а не навязываются.

Человек, пытающийся решить свою проблему, может послужить бесценным источником удачных путей ее разрешения.

5. Поддержка самоэффективности.

Важным стимулом для изменений является вера в возможность перемен: человек несет ответственность за выбор и осуществление собственных изменений. Чем больше имеется альтернативных подходов, тем больше надежда на положительный результат.

8.4. Аддиктивное поведение

Люди используют различные способы, чтобы справиться со стрессом, снять усталость, расслабиться. В норме эти способы поддержки психологического комфорта не мешают, а помогают, будучи неотъемлемыми составляющими полноценной, насыщенной эмоциями и общением жизни. Если же стресс не проходит и начинает развиваться депрессия, человек обычно сокращает количество способов. Остаются те, в отношении которых уже сформировалась фиксация – воспоминание о сильном и положительном психоэмоциональном состоянии (чаще всего об изменении восприятия мира или, другими словами, изменении сознания). Эти воспоминания способствуют появлению желания повторить это когда-нибудь еще, а стресс провоцирует реализацию данного желания.

Если неприятное, болезненное состояние так и не проходит, человек все очевиднее начинает повторять одни и те же поступки. Это первый шаг к зависимости (аддик-

ции). Важно отметить, что наличие фиксации отнюдь не всегда приводит к развитию зависимости.

В дальнейшем, если причины, вызывающие стресс, не устраняются, повторение происходит все чаще и чаще. Человек тратит на облегчение своего состояния одним и тем же способом все больше и больше времени. Развивается аддикция, которая может быть связана с употреблением определенных веществ (алкоголь и другие психоактивные вещества, жирная пища) или совершением определенных действий (секс, игра в карты, работа). Часто аддикция носит смешанный характер. Например, опийный аддикт зависит и от употребляемого вещества, и от ритуала (действия), связанного с употреблением.

По определению Короленко и Сегала, «аддиктивное поведение выражается в уходе от реальности посредством изменения психического состояния» с помощью определенных действий или употребления психоактивных веществ¹⁹ и является одной из форм отклоняющегося, но не болезненного поведения.

Консультанту, работающему с клиентом до и после теста на ВИЧ, необходимо определить наличие аддикции (особенно химической – от алкоголя или героина), но ему не следует пытаться ее «вылечить». Работа с аддикцией – достаточно сложный и длительный процесс, которым должен заниматься опытный специалист – психотерапевт или психиатр.

9. Раскрытие ВИЧ-статуса в педиатрической практике

9.1. Разговор с ребенком о ВИЧ-инфекции

Раскрывать правду о ВИЧ-инфекции трудно даже при самом благоприятном стечении обстоятельств. Обсуждать же вопросы ВИЧ-инфекции и СПИДа с детьми – трудно вдвойне. Нет ни одного взрослого, который бы не мучился, обдумывая, как, когда и какими словами рассказать своему ВИЧ-инфицированному ребенку правду о его диагнозе и стоит ли вообще ему об этом знать. Двадцатилетний опыт авторов данной главы показывает, что врачи, консультанты и родители других детей, готовые поделиться своим опытом, могут оказать огромную помощь семье, имеющей ВИЧ-инфицированного ребенка. Программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должны включать в спектр оказываемых услуг помощь таким семьям.

Разговор о ВИЧ-инфекции с детьми затрагивает очень сложные проблемы. Конкретное содержание разговора зависит от взаимоотношений в семье и истории заражения ребенка, от уровня образования и социального положения семьи. Однако есть и общие аспекты. Одни родители изо всех сил стараются скрыть от ребенка правду о вирусе и медицинских последствиях инфекции, другие, наоборот, считают, что ореол тайны вокруг ВИЧ не принесет ничего, кроме вреда. В одной семье опасаются, что ребенок не сможет хра-

¹⁹ Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: «Ол-Сиб», 2001.

нить молчание и проговорится приятелям, а это отразится на положении семьи в обществе; в другой не хотят ставить ребенка перед фактом, что его мать тоже инфицирована ВИЧ.

В очень многих семьях вопрос о раскрытии диагноза ВИЧ-инфекции ребенку вызывает долгие и горячие споры; не редкость, когда родители оказываются по разные стороны баррикады. Члены многопрофильной бригады тоже нередко расходятся во мнениях относительно подходов к той или иной семье, к тому или иному ребенку. В решении этого столь сложного и болезненного вопроса персонал программ помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должен учитывать желания и интересы как самих маленьких пациентов, так и их семей.

Раскрыть диагноз ВИЧ-инфекции ребенку, т. е. рассказать ребенку о том, что он инфицирован ВИЧ, значит проявить уважение к его правам, отнестись к нему как к самостоятельной личности. Раскрытие диагноза – это неотъемлемый компонент педиатрической помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Решаясь на раскрытие диагноза, безусловно, следует учесть также интересы семьи и сообщества, подобрать соответствующие возрасту ребенка, понятные ему слова и фразы. В этой главе будут вкратце рассмотрены рекомендации МЦПС по данному вопросу.

9.1.1. Обсуждение с родителями проблемы раскрытия диагноза ребенку

Поскольку проблема раскрытия ребенку диагноза ВИЧ-инфекции сложна и болезненна, обсуждать ее надо неоднократно, возвращаясь вновь и вновь к этой теме на совещаниях многопрофильной бригады и постепенно подготавливая родителей или опекунов к ее решению. Данный вопрос должен быть с самого начала включен в план помощи семье. Врачи и консультанты должны мягко и ненавязчиво помочь каждой семье найти свой собственный путь, предлагая взрослым посмотреть на проблему раскрытия с разных точек зрения.

Члены многопрофильной бригады, будь то врачи, консультанты или наставники из числа больных, должны стать для семьи поставщиками бесценного опыта и информации, почерпнутых у людей, которые уже прошли этой дорогой и справились с аналогичной проблемой. Чужой положительный опыт подбадривает и убеждает родителей больного ребенка: они должны знать, что многие и многие люди, решившись на откровенность, принесли пользу своим детям. Медицинские и социальные работники должны вселять в родителей надежду на благоприятный исход раскрытия.

Чем раньше начнется обсуждение с родителями проблемы раскрытия ребенку диагноза ВИЧ-инфекции, тем лучше. Проще говорить об этом в спокойной, «нейтральной» обстановке, а не тогда, когда в семье грядут перемены или резко ухудшается состояние здоровья больного. Медицинские и социальные работники во время каждого визита семьи в клинику должны выделить время и создать подходящую обстановку для обсуждения с родителями проблемы раскрытия: взрослым нужно дать возможность высказать свои чувства и мысли так, чтобы дети их не слышали. Сотрудники клиники должны делать все возможное, чтобы помочь родителям принять осознанное, обдуманное и ответственное решение: следует ли им рассказать своему ребенку о том, что он инфицирован ВИЧ, и когда и как это лучше сделать.

У каждой семьи могут возникнуть свои собственные вопросы и сомнения. Тем не менее разумно начать беседу с обсуждения четырех аспектов проблемы раскрытия, изложенных ниже. Не нужно пытаться обсудить все четыре за один раз, лучше всего переходить от одного круга вопросов к другому постепенно. У сотрудников программы будет выстраиваться все более полная картина жизни данной семьи, а у родителей будет время подумать и проникнуться идеей раскрытия диагноза ребенку. Медицинские и социальные работники смогут привести больше примеров и дать более подробные инструкции, а родители, решившись раскрыть ребенку его диагноз, получат больше времени на обдумывание конкретных шагов в этом направлении.

● Ребенок (дети)

- Есть ли у ребенка клинические проявления ВИЧ-инфекции? Принимает ли он препараты?
- Сколько лет ребенку? Хорошо ли он говорит? Ведет ли себя как взрослый человек?
- Есть ли среди домочадцев тяжелобольные?
- Задает ли ребенок вопросы о ВИЧ-инфекции?
- Испытывает ли ребенок тревогу, волнение, беспокойство?
- Ведет ли ребенок половую жизнь и, следовательно, может ли заразить ВИЧ окружающих?

● Родители (опекуны)

- Проходил ли родитель (опекун) тестирование на ВИЧ?
- Инфицирован ли родитель (опекун) ВИЧ? Есть ли у него клинические проявления ВИЧ-инфекции? Принимает ли он препараты?
- В случае если родитель (опекун) болен, нуждается ли он в помощи детей по хозяйству?
- Насколько привязан ребенок к больному взрослому?

● Семья (домочадцы)

- Инфицированы ли ВИЧ другие взрослые домочадцы? Кто об этом знает?
- Инфицированы ли ВИЧ другие дети в семье? Кто об этом знает?
- Сколько человек в семье принимают антиретровирусные препараты?
- Какая у больного семья – сплоченная, дружная или ее раздражают внутренние противоречия, ссоры и конфликты?

● Сообщество

- Доступны ли большинству населения тестирование на ВИЧ и лечение?
- Есть ли в сообществе люди, не скрывающие свой ВИЧ-статус?
- Знаком ли ребенок с кем-либо из тех, кто не скрывает свой ВИЧ-статус?
- Лежит ли на ВИЧ-инфекции в данном сообществе клеймо позора? Что угрожает семье (социальная изоляция, дискриминация и т.д.) в случае невольного раскрытия диагноза?
- Имеются ли в сообществе молодежная группа или взрослые люди, облеченные доверием ребенка, с которыми он мог бы поговорить?

Мы перечислили лишь некоторые из вопросов, которые предстоит обсудить работникам здравоохранения с семьей, обдумывающей вопрос о раскрытии диагноза

ВИЧ-инфекции ребенку. Полезно также познакомить родителей с тем, как обстоят дела с раскрытием в странах, где тестирование на ВИЧ и антиретровирусная терапия общедоступны и проводятся на протяжении десятилетий. Объективную информацию на эту тему дают результаты специальных исследований. Известно, например, что семьи, раскрывшие диагноз ВИЧ-инфекции ребенку, в качестве основной побудительной причины чаще всего называют необходимость сохранить в семье *доверие*, а также возраст ребенка. ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом дети говорят, что для них очень важно, «когда тебе верят и честно отвечают на все вопросы». В другом исследовании было показано, что длительный «период секретности» (т.е. время, в течение которого ребенок не знает о своем диагнозе) сопряжен у детей с чувством тоски и одиночества и что своевременная, откровенная и доверительная беседа помогает ребенку смириться и научиться жить с ВИЧ-инфекцией – точно так же, как это происходит с детьми, страдающими другими неизлечимыми заболеваниями.

9.1.2. Говорить или не говорить?

Согласно нашему опыту, детям идет на пользу правдивый разговор о ВИЧ-инфекции, о том, как она влияет на их собственную жизнь и на жизнь тех, кто им дорог. Разумеется, объем информации и способ изложения должны соответствовать возрасту ребенка. Для большинства детей старшего возраста, способных осознать случившееся, благоприятные последствия раскрытия преобладают над неблагоприятными, особенно в тех странах, где тестирование на ВИЧ и лечение общедоступны. Если ребенок поймет, зачем он должен ежедневно принимать препараты, у него будет меньше проблем с соблюдением схемы лечения²². Как уже говорилось, МЦПС рекомендует раскрывать детям правду об их ВИЧ-инфекции. В то же время консультирование по раскрытию призвано помочь каждой семье сделать свой собственный выбор. Это означает, что семья может принять решение держать диагноз ВИЧ-инфекции в тайне от детей.

Медицинские и социальные работники обязаны отрешиться от своих собственных убеждений и взглядов на проблему раскрытия диагноза ВИЧ-инфекции ребенку: если этого не сделать, можно невольно навязать родителям свою точку зрения. В этом случае консультирование вряд ли окажется удачным, оно не только не принесет пользы, но и может закончиться утратой доверия к консультанту. Одна семья может решить, что консультант просто не в состоянии понять их проблем и их жизненной ситуации; другая, стремясь угодить консультанту, примет преждевременное, необдуманное решение о раскрытии, которое вряд ли увенчается успехом. Итак, оставив в стороне собственные мысли и чувства, консультант должен обеспечить семье открытую, нейтральную площадку для обсуждения ее проблем.

В семье тоже могут быть свои собственные предубеждения по поводу раскрытия информации детям. Затронув эту тему впервые, медицинские и социальные работники рискуют столкнуться с упорным нежеланием семьи делиться информацией о ВИЧ-инфекции с детьми. У родителей могут быть на то свои причины, и задача консультанта – задавая наводящие вопросы, внимательно слушая и сопереживая, выяснить их. Аккуратно направляя беседу в нужное русло, можно попытаться обсудить воззрения семьи на проблему раскрытия, предложить родителям взглянуть на вопрос с различных точек

зрения (некоторые из них изложены ниже). Делать это надо мягко и ненавязчиво; беседа должна носить поддерживающий, доверительный и доброжелательный характер.

9.1.3. Разные точки зрения

Обсуждая с родителями благоприятные и неблагоприятные последствия раскрытия ребенку диагноза ВИЧ-инфекции, полезно озвучить весь спектр аргументов «за» и «против». В данном разделе мы приводим различные точки зрения на одни и те же вопросы, которые можно использовать во время беседы с родителями. Подробно разбирая эти и другие проблемы, рассматривая их под различными углами зрения, консультант поможет родителям принять осознанное и обдуманное решение по поводу их больного ребенка.

Против раскрытия. Не нужно взваливать на детей взрослые проблемы, знакомить их с болезнями и смертью. Их надо ограждать от жизненных тягот и невзгод; пусть дети как можно дольше пребывают в счастливом неведении относительно похорон, страданий, разводов и прочих неприятностей.

Другая точка зрения. Даже самые маленькие дети остро чувствуют, когда вокруг что-то «неправильно». Им передаются горе и беспокойство родителей, они замечают перемены в доме, когда кто-либо из взрослых болеет или уезжает. Нельзя отгородить ребенка стеной от окружающей действительности.

Против раскрытия. Дети должны быть счастливы. Детство быстро кончается. Пусть оно будет свободно от печалей и горестей.

Другая точка зрения. Ни один ребенок не может все время быть счастливым и беззаботным. Когда ребенку грустно, когда он смущен или обеспокоен, самое худшее, что он может себе представить, – это что родителям нет дела до его чувств. В такой ситуации ребенок ощущает себя покинутым и одиноким. Родители, которые ждут от детей одних лишь беспечности и веселья, могут не заметить, что их ребенок нуждается в утешении или ободрении. Рассказав ребенку о ВИЧ-инфекции, вы можете дать ему надежду и *ослабить* терзающие его печаль, беспокойство, смущение (особенно если у ребенка есть клинические проявления болезни).

Против раскрытия. Сказать ребенку, что у него ВИЧ-инфекция, – значит украсть у него детство. Дети, которые знают о своем диагнозе, живут с мыслью о смерти, не получают радости от жизни, чувствуют себя ущербными и неполноценными.

Другая точка зрения. Даже самые маленькие дети, чувствуя себя нездоровыми и принимая лекарства, знают, что с ними что-то «не в порядке», что-то «не так». Не получив от взрослых никаких разъяснений, они начинают придумывать свои собственные версии происходящего. Поскольку знаний у детей еще маловато и они располагают только собственным опытом, объяснения у них получаются сильно упрощенными, а иногда просто фантастическими. Например, один ВИЧ-инфицированный мальчик до девяти лет, пока ему не рассказали о заболевании, свято верил в то, что его кровь «отравлена» и что это – наказание за непослушание. Если бы родители поговорили с ним о ВИЧ-инфекции раньше, они бы уберегли его от ненужного страха и страданий. Снабжая ребенка как можно раньше правдивой информацией, вы не усиливаете в нем чувство ущербности и неполноценности, а *ослабляете* его.

Против раскрытия. Рассказывая ребенку о ВИЧ-инфекции, вы можете спровоцировать в нем интерес к интимной жизни родителей, к их сексуальному опыту. Во многих случаях родители не только боятся открывать детям правду, но испытывают еще и чувство вины или стыда. Мать, которая заразилась своего младенца ВИЧ, может быть настолько удручена создавшейся ситуацией, что будет всеми силами стараться сохранить эту историю в тайне. Поглядеть в лицо реальности для нее просто невыносимо.

Другая точка зрения. Совсем не обязательно, рассказывая ребенку о ВИЧ-инфекции, делиться с ним пикантными подробностями из жизни родителей. Родители вправе сами решить, что ребенку следует знать, а что не следует.

Против раскрытия. Скрывать свой диагноз естественно. Родители, боясь общественного осуждения и гонений, вправе хранить «семейную тайну» и не говорить о ВИЧ-инфекции детям. Соккрытие ВИЧ-статуса можно превратить в образ жизни: лекарства прятать, визиты в клинику пропускать, а на любые разговоры о заболевании наложить запрет.

Другая точка зрения. Изо дня в день скрывать от ребенка правду и хранить диагноз ВИЧ-инфекции в тайне – тяжелое, выматывающее занятие, отрывающее время и силы от других более важных дел. Секретность может помешать ребенку примириться со своим заболеванием, а когда он повзрослеет – обеспечивать безопасность во время половых контактов. Секретность пагубно отражается на приверженности: не ведающим о своем диагнозе детям труднее соблюдать схему лечения. Если родители крайне заинтересованы в том, чтобы информация о ВИЧ-инфекции не вышла за порог их дома, с ребенком, как правило, удастся об этом договориться.

9.1.4. Готовность к раскрытию

Родители и опекуны, решившиеся раскрыть детям диагноз ВИЧ-инфекции, часто спрашивают медицинских и социальных работников, готов ли их ребенок воспринять эту информацию. Идеального способа быстро получить ответ на этот вопрос нет. Взрослым просто нужно обращать внимание на то, что дети начинают задавать все больше и больше вопросов. Это значит, что они нуждаются в информации. За вопросами типа «А мне на самом деле нужно пить эти таблетки?» или «А что случится, если я не буду их принимать?», помимо детского любопытства, могут скрываться беспокойство и тревога. Если родители не рассказали ребенку о ВИЧ-инфекции, ответы на такие вопросы будут хоть и честными, но слишком общими, например: «Эти таблетки поддерживают в тебе силы». Задав встречный, расширенный вопрос, например: «А как ты сам думаешь, что случится, если ты откажешься пить таблетки?», врач сможет лучше понять истинные мотивы ребенка. Медицинские работники должны во время каждого визита родителей в клинику интересоваться, как им отвечать на такие вопросы (делать это надо тогда, когда ребенок находится в другом помещении, вне зоны слышимости).

Оценить готовность ребенка к раскрытию ему информации о ВИЧ-инфекции позволяют также индивидуальные консультации. Еще одна возможность – групповые детские консультации, когда нескольких больных детей собирают вместе и дают им возможность познакомиться и поговорить друг с другом под присмотром одного или нескольких консультантов. Детское консультирование проводят только при согласии ро-

дителей на такую форму помощи. Родителей следует заверить, что все сказанное ребенком во время консультации останется в тайне.

Многие родители одобряют идею детских консультаций и расценивают их как способ получить объективную информацию о том, как много знает их ребенок и что его беспокоит. Действительно, дети часто бывают более откровенны с «посторонними», им проще поделиться своими опасениями и задать интересующие вопросы кому-то, кого они совсем не знают, – ведь в этом случае они не боятся огорчить, расстроить или удивить собеседника. ВИЧ-инфицированные дети, которые волнуются по поводу своей болезни и страшатся предстоящих событий, особенно чутко улавливают душевное состояние своих близких и стараются не говорить им ничего, что бы могло причинить им боль.

Консультации можно проводить в форме доверительной беседы с ребенком старшего возраста, в форме коллективных обсуждений для группы детей или в форме игры с ребенком младшего возраста. Предложите маленькому ребенку поиграть в куклы или нарисовать портреты своих родственников – так ему будет легче рассказать о своей домашней жизни, о том, что его волнует. Внимательно слушая, задавая вопросы, требующие развернутых ответов, и придерживаясь нейтральной позиции, консультант многое узнает о душевном состоянии ребенка, его тревогах и опасениях, его представлениях о болезни, реальных или надуманных. Если в ходе консультации ребенок начнет спрашивать вас напрямую, например: «У моего папы СПИД, да?» или «А у меня ВИЧ?», следует переадресовать вопросы родителям – пусть они сами решат, что говорить и что не говорить ребенку. Консультант должен оставаться искренним и всегда стоять на нейтральных позициях. Можно ответить ребенку следующим образом: «Ты задал очень важный вопрос – давай подумаем, как бы нам поговорить об этом с твоим папой (твоей мамой, бабушкой)...» Так вы покажете ребенку, что признаете за ним право задавать подобные вопросы и понимаете, какой смелости это от него требует, родителям же вы дадите время собраться с мыслями.

Цель консультационной работы с детьми и их семьями – выстроить доверительные отношения, которые будут оказывать терапевтическое воздействие. Искренность, умение слушать и соблюдение нейтралитета рождает у детей и родителей доверие к консультанту и веру в собственные силы, и консультирование приносит пользу всей семье. Консультант координирует усилия всех заинтересованных сторон и подготавливает почву для раскрытия ребенку правды о его заболевании. Для раскрытия необходимо, чтобы взрослые проявили внимание к нуждам ребенка, а ребенок чувствовал с их стороны доверие и поддержку.

9.1.5. Пути к раскрытию: с чего начать разговор

Согласно нашему опыту, лучший способ открыть ребенку правду о его ВИЧ-инфекции – это разговор с родным и близким ему человеком, с человеком, способным найти понятные малышу слова и фразы, обнять и приласкать во время беседы. Полезно, если во время разговора будет присутствовать специалист (врач или консультант), однако это необязательно. Важнее всего, чтобы горькая правда исходила от любящего человека, от человека, который заботится о благополучии ребенка, который впоследствии будет ухаживать за ним и не откажется еще раз вернуться к обсуждению наболевших вопросов.

Раскрытие ребенку диагноза ВИЧ-инфекции ни в коем случае не должно носить случайный, непреднамеренный характер, происходить во время ссор и семейных распрей. Ребенок может запомнить обстоятельства, при которых он узнал о своем диагнозе, и если в его сознании раскрытие будет связано с гневом, раздражением, злобой, ему будет труднее приспособиться к своей болезни. Поскольку раскрытие диагноза – это не единичное событие, а длительный процесс, тянувшийся через все детство, ребенку надо создать возможность обсуждать назревшие вопросы о ВИЧ-инфекции. Полезно, например, перечислить ребенку всех людей из его окружения, с которыми он может поговорить на эту тему; полезно и по собственной инициативе время от времени возвращаться к разговору о ВИЧ-инфекции.

В беседах о ВИЧ-инфекции очень важно подбирать соответствующие возрасту ребенка, понятные ему слова и фразы. Немаловажное значение имеют также личностные особенности ребенка, его характер, уровень развития, способность к обучению. Дети, будучи ровесниками, сильно отличаются друг от друга. Не бывает двух одинаковых детей, как не бывает и двух одинаковых ситуаций. Разговор о ВИЧ-инфекции с детьми любого возраста должен плавно начинаться с тех вопросов и предположений, которые *возникли у самого ребенка*. Предоставив ребенку возможность поговорить о том, что его действительно беспокоит, взрослые смогут лучше понять его реальные тревоги и интересы.

Детские заботы и опасения иногда оказываются просто неожиданными. Например, одна шестилетняя девочка сообщила консультанту, что хочет «серьезно поговорить с ним о жизни». Заручившись согласием родителей, консультант решил побеседовать с девочкой наедине и заверил ее, что сохранит в тайне содержание разговора. После этого девочка со слезами на глазах заявила: «Я пропустила первый день занятий в школе и не понимаю, как теперь смогу догнать сверстников». Если бы консультант не предоставил малышке возможность высказаться, а проявил инициативу и сам начал разговор о ВИЧ-инфекции, то вместо того чтобы помочь ей справиться со школьными проблемами, он нагрузил бы ее излишней информацией, которую она не готова была узнать.

Один из основополагающих принципов консультирования детей – избегать «лекций» и «нотаций». Напротив, надо сосредоточиться на том, что говорит ребенок, и позволить ему направлять беседу. Детям редко когда доводится руководить ситуацией, а между тем они должны иметь такую возможность, особенно в том, что касается их собственного заболевания. Во время посещений клиники нужно приветствовать участие ребенка в собственном осмотре, во взятии крови для анализов и других процедурах, в принятии невкусных лекарств.

Дайте понять ребенку, что вам интересно узнать его собственные мысли и чувства. Искусство собеседника состоит в умении *задавать вопросы*, как прямые, так и косвенные, и *слушать*. Прислушиваясь к тому, что отвечает ребенок, постарайтесь распознать не только произнесенные вслух слова, но и стоящий за ними скрытый смысл. Отвечая на простой вопрос: «На что похожи твои лекарства?», ребенок может повернуть разговор в сторону раскрытия. Если шестилетний мальчуган скажет: «На кашки!», ответная реплика может быть такой: «Верно, они невкусные... Давай подумаем, а почему

вы с мамой должны их принимать?» Если ребенок захочет узнать подробности, он даст вам это понять.

Дать совет, как лучше рассказывать детям о ВИЧ-инфекции, трудно. Детям младшего возраста часто бывает достаточно сказать про «микроба» и объяснить, что это такое. Дети постарше могут заинтересоваться подробностями и потребовать точных терминов. Детям старшего возраста захочется понять, как передается инфекция, почему они заразились и какие возможны последствия: «А меня нарочно заразили вирусом?», «А вирус влияет на то, как я выгляжу?», «Моя болезнь – это навсегда?». При раскрытии диагноза ВИЧ-инфекции подросткам можно заодно обсудить вопросы предотвращения передачи ВИЧ окружающим.

Ниже мы приводим фразы, которые родители и медицинские работники смогут использовать в беседах с детьми, предварительно адаптировав к уровню развития ребенка, его личным особенностям и интересам. Помните, что все эти высказывания должны быть умело вплетены в ткань беседы, которую направляет сам ребенок и которая происходит на равноправной основе.

Ребенок 4–5 лет

«В твоей крови поселился микроб (или вирус), вот почему ты плохо себя чувствуешь и должен принимать лекарства».

«Главное, чтобы ты принимал лекарства каждый день, они помогут тебе оставаться сильным».

«Вирус – это такой маленький червячок, который проник в твое тело, поселился в крови и заставляет тебя болеть. Это как простуда. Простуду тоже вызывает вирус. А вирус, который живет у тебя в крови (а также у мамы, у папы...), называется ВИЧ».

Ребенок школьного возраста

«Пока ты находился у мамы в животике, вирус (ВИЧ) пробрался из ее крови в твою и заразил тебя. Поэтому ты болеешь с самого рождения».

«То, что ты заражен ВИЧ, не делает тебя каким-то особенным человеком. Просто у тебя в крови живет такой вирус. Бывают разные вирусы, которые вызывают у людей различные болезни».

«ВИЧ – это имя вируса, который живет в твоей крови. СПИД – это болезнь, которая развивается у тех, кто не лечится. Если ты будешь принимать лекарства против ВИЧ, то СПИДа у тебя не будет».

«Твоя ВИЧ-инфекция – это твоя личная жизнь. Ты можешь никому не рассказывать о ней, если не хочешь. С другой стороны, ты можешь рассказать о своей ВИЧ-инфекции людям, которые способны тебе помочь (учительнице, няне и т.д., если на это согласны родители). В том, что ты заражен ВИЧ, нет твоей вины и тебе абсолютно нечего стыдиться».

Подросток

«Ты заражен вирусом, который называется ВИЧ. Вирус – это микроорганизм, который проникает в твое тело, обитает в крови и вызывает инфекцию. Это вовсе не озна-

чает, что со временем ты тяжело заболеешь. У тебя есть возможность победить вирус – для этого надо каждый день принимать лекарства».

«Ты знаешь о том, что заражен ВИЧ, и знаешь, что такое ВИЧ-инфекция. Это накладывает на тебя особые обязательства – не допустить, чтобы вирус передался от тебя другим людям. Чтобы самому еще раз не заразиться ВИЧ и чтобы не заразить никого из окружающих, нужно...» (далее в зависимости от половой зрелости ребенка и степени риска).

«ВИЧ-инфекция вовсе не исключает возможности вести полноценную половую жизнь с любимым человеком. Просто ты должен хорошенько все продумать и построить свои взаимоотношения с окружающими так, чтобы обеспечить безопасность и им, и себе».

«Тысячи подростков во всем мире, которые инфицированы ВИЧ, считают, что ВИЧ-инфекция дает им особые возможности – делиться знаниями об этой болезни с другими людьми, предотвращать распространение инфекции, бороться с предрассудками и с заблуждениями, окружающими СПИД. Ты тоже можешь использовать свой ВИЧ-статус для того, чтобы изменить к лучшему жизнь других людей».

В любой беседе, посвященной раскрытию диагноза ВИЧ-инфекции, независимо от возраста ребенка (подростка), ему надо дать понять, что он может задавать любые вопросы и что взрослые постараются на каждый из них найти ответ. Объясните ребенку, что ВИЧ-инфекция – это тема, открытая для обсуждения, и что к разговору о ней вы будете возвращаться вновь и вновь. Желательно, чтобы каждая беседа, посвященная раскрытию диагноза, начиналась и заканчивалась со следующих трех ключевых моментов.

- **Разъяснение, что вопросы ребенка естественны, важны и желанны для взрослых.**
- **Напоминание, что в ВИЧ-инфекции ребенка нет его вины.** Необходимо также развеять всевозможные заблуждения по поводу ВИЧ-инфекции, которые могут иметься у ребенка: например, что его кровь отравлена, что в его теле текут дьявольские соки, что он неполноценный или ущербный человек. Наличие ВИЧ в крови у ребенка означает лишь то, что его кровь и другие биологические жидкости не должны попадать в организм других людей. Кстати сказать, это правило касается абсолютно *всех людей*, а не только тех, которые инфицированы ВИЧ.
- **Предоставление надежды и утешения.** Никто не в силах предсказать будущее, однако современная медицина научилась справляться с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции. Ребенка надо заверить, что окружающие его взрослые люди при любых обстоятельствах будут делать все от них зависящее, чтобы ему помочь.

Немаловажно заранее предусмотреть реакцию ребенка на кампании по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, которые разворачиваются в средствах массовой информации. Изображения и лозунги, используемые в этих кампаниях, например «СПИД несет смерть», могут напугать ребенка, который уже знаком со своим диагнозом и пытается с ним примириться. Постарайтесь объяснить ребенку истинную цель таких кампаний, рассказать об угрозе, которую несет ВИЧ-инфекция для неискушен-

ного населения, не подозревающего о своем ВИЧ-статусе, в то время как самому ребенку не грозит ничего страшного – ведь он «принимает лекарства, которые делают его сильным».

Три ключевых момента, которые мы обсудили выше, помогут детям выработать разумное отношение к потоку информации о ВИЧ-инфекции и СПИДе.

9.1.6. Раскрытие правды о ВИЧ-инфекции у других членов семьи

Раскрыть ребенку информацию о том, что кто-то еще из членов семьи инфицирован ВИЧ, настолько же непросто, как и раскрыть ему его собственный диагноз. Прежде чем делиться такой информацией с ребенком, следует обсудить свое намерение со всеми заинтересованными лицами, обдумать задаваемые ребенком вопросы и оценить необходимость раскрытия сведений. Если ребенка интересует ВИЧ-статус близкого и родного ему человека (матери, отца, старшего брата или сестры), лучше всего получить разрешение на раскрытие информации у самого ВИЧ-инфицированного и привлечь его для участия в беседе. Если речь идет о младшем брате или сестре либо об умершем или отсутствующем члене семьи, раскрывая ребенку информацию о его ВИЧ-статусе, надо по возможности упомянуть желания или намерения самого больного. Например: «Ты уже достаточно взрослый, а твой братик еще слишком мал и не может понять, что такое ВИЧ. Но ему будет нужна твоя помощь, чтобы принимать вовремя лекарства» или: «Твоя мама не может тебе рассказать о своей ВИЧ-инфекции, потому что она слишком больна (умерла, уехала). Но она хотела, чтобы ты узнал о ее болезни, берег себя и помогал своим близким».

Разговор о ВИЧ-статусе других членов семьи – хороший повод для укрепления внутрисемейных отношений доверия, взаимовыручки и соблюдения общих интересов. Надежная и крепкая семья позволяет людям справиться с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, научиться с ними жить. Раскрыть ребенку правду о ВИЧ-инфекции у других членов семьи – значит еще раз продемонстрировать ему свою любовь и доверие, дать ему доказательства безопасности. Например, можно сказать: «Да, у твоей мамы ВИЧ-инфекция (СПИД). Это значит, что мы с тобой теперь будем связаны общей тайной. Мы будем вместе принимать лекарства и напоминать об этом друг другу», «Да, у твоего отца тоже ВИЧ-инфекция, как и у нас с тобой. Мы с папой изо всех сил заботимся друг о друге и обязательно будем заботиться о тебе» или «О, мы теперь все повязаны одной веревочкой».

В подобных беседах уместно открыто затронуть вопросы персональной ответственности, необходимости уважать интересы других членов семьи и соблюдать чужие тайны. Родители могут не захотеть делиться с ребенком историей своего заражения или подробностями личной жизни. В таком случае следует напомнить ребенку о разнице между взрослыми и детьми; этого будет достаточно и это его *успокоит*. Например, на вопрос малолетнего сына о том, как отец «подхватил» ВИЧ, можно сказать: «Это взрослые дела: мы с тобой поговорим о них, когда ты подрастешь». Если аналогичный вопрос задан ребенком постарше, ответ может быть таким: «Об этом знают только мама и ее доктор. Мне не хочется сейчас об этом говорить, да и тебе не следует об этом беспокоиться».

9.1.7. Разговор о ВИЧ-инфекции и СПИДе с умирающим ребенком

Когда ребенок находится в терминальной стадии ВИЧ-инфекции, проблема раскрытия ему диагноза может отойти на второй план перед необходимостью попрощаться. Как и в остальных случаях, главная задача – понять, что именно беспокоит ребенка и что он хочет узнать. Если умирающего ребенка волнуют название и природа его болезни, родители и врачи должны пойти ему навстречу и предоставить необходимую информацию. Если же, как это чаще всего бывает, ребенок страшится самой смерти и хочет успеть со всеми попрощаться, то медицинские работники и семья должны сосредоточиться на оказании ему психологической поддержки, чтобы облегчить страдания и скрасить последние дни.

Тяжелобольные дети, стоящие перед лицом смерти, зачастую сверхъестественным образом угадывают, что с ними происходит. Одни из них больше всего боятся боли или одиночества. Другие задаются вопросом, что с ними будет происходить после смерти. Третьи переживают из-за того, что станет с родителями, братом, сестрой или любимой собакой после того, как они уйдут из жизни. Взрослые, переполненные печалью предстоящей разлуки, не всегда находят в себе силы поддерживать разговор на интересующую ребенка тему; некоторые даже начинают избегать свиданий с ребенком и делать вид, что ничего страшного не происходит. Это естественная реакция взрослых, направленная на то, чтобы оградить себя от чрезмерных страданий, связанных с потерей ребенка. Однако умирающему ребенку она ничем не помогает. Напротив, нежелание родителей говорить о смерти может усилить в ребенке чувство одиночества и приумножить его страх.

Очень важно для взрослых все время находиться в досягаемости и дать понять ребенку, что его вопросы, тревоги и опасения естественны и что при желании о них можно поговорить. Лучше всего, если рядом с ребенком будет не один, а несколько взрослых, чтобы он мог выбрать себе «слушателя». Некоторым детям легче обсуждать трудные вопросы не с близкими, а с посторонними людьми, и в этом случае роль связующего звена между умирающим ребенком и его семьей может взять на себя врач или иной медицинский работник. Он расскажет родственникам, в чем именно нуждается ребенок, будь то общение, утешение или поддержка, поможет семье достойно провести последние дни с умирающим и разрешить все мучающие ребенка вопросы. Полноценное общение с ребенком *перед* смертью поможет родным и близким перенести горе разлуки *после* его ухода из жизни.

Майкл Липсон и Стивен Левин предлагают задать умирающему ребенку вопрос: «Каково это – быть так тяжело больным?» Если ребенок хочет поговорить о своей болезни и надвигающейся смерти, вопрос послужит для него ненавязчивым приглашением к беседе. Если же ребенок не желает обсуждать эти проблемы, он промолчит или откажется отвечать. Тем детям, которые выражают желание поговорить о смерти, родители и врачи могут облегчить задачу, спрашивая: «О чем ты хочешь спросить? Что тебя пугает? Как я могу тебе помочь?» Родственникам обычно хочется поделиться с ребенком своими представлениями о загробной жизни. Очень важно, чтобы врачи, ухаживающие за умирающим ребенком, уважали чувства и верования его родных и близких. Нужно помнить, что главное – это способствовать полноценному общению ребенка с родными.

Умиравший ребенок нуждается в том, чтобы его утешили и успокоили. И здесь мы опять советуем быть искренними. На вопрос «Я умираю?» лучше правдиво ответить: «Да, ты можешь умереть... все люди смертны... никто не знает, когда он умрет», чем промолчать или уйти от ответа, предложив упрощенное, примитивное объяснение.

После смерти ребенка ухаживавшие за ним медицинские работники, как и родственники, нуждаются в поддержке и утешении. Лечить смертельно больных детей и оказывать им психологическую помощь – очень тяжелая работа. Детские страдания, с которыми медицинские и социальные работники вынуждены сталкиваться каждый день, накладывают отпечаток на их собственные жизни. Очень важно разработать систему поддержки для медицинского персонала, чтобы сотрудники могли делиться друг с другом своими переживаниями и вспоминать ушедших из жизни пациентов. Многопрофильная бригада, которая осознает потребности своих сотрудников в душевном комфорте и стремится его обеспечить, – сильная бригада.

9.1.8. Заключение

Итак, раскрытие ребенку любой информации о ВИЧ-инфекции и СПИДе – это длительный процесс, подразумевающий многократные, последовательные, подробные беседы с детьми. После того как тема была однажды затронута, к ней надо возвращаться вновь и вновь. По мере взросления ребенка, изменения жизненных обстоятельств и оказываемой ему помощи круг обсуждаемых вопросов будет расширяться и усложняться. Обсуждая с ребенком раз за разом его болезнь, интересуясь в первую очередь его собственными заботами и тревогами, вы поможете ему постепенно осознать свое место в жизни и свое предназначение. Дети, хорошо информированные о ВИЧ-инфекции, в конце концов становятся надежными помощниками для собственной семьи и убежденными борцами с эпидемией СПИДа в сообществе. Дети, которые с малых лет знают правду о своем заболевании, вырастая, становятся грамотными, осведомленными людьми, знающими, как лечить ВИЧ-инфекцию и как предотвратить заражение окружающих. Честно и открыто обсуждая проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа, медицинские и социальные работники могут добиться милосердия, доброжелательности и поддержки для семей своих пациентов.

9.2. Профилактика среди ВИЧ-инфицированных

9.2.1. Что такое профилактика среди ВИЧ-инфицированных?

Под профилактикой среди ВИЧ-инфицированных (которую иногда называют третичной профилактикой СПИДа) понимают комплекс мероприятий, адресованных ВИЧ-инфицированным людям и направленных на предупреждение передачи ВИЧ окружающим. Эти мероприятия включают обучение больных методам снижения вреда, консультирование по вопросам профилактики, снабжение презервативами, обеспечение ВИЧ-инфицированным доступа к службе охраны репродуктивного здоровья, а также текущую поддержку по вопросам безопасных форм поведения.

9.2.2. Каковы цели профилактики среди ВИЧ-инфицированных?

Профилактические мероприятия призваны снизить риск передачи вируса от ВИЧ-инфицированных людей окружающим. В разных странах используются разные формы профилактической работы. Они могут быть направлены на предотвращение передачи ВИЧ половым путем (с помощью презервативов или воздержания), вертикальным путем (с помощью медикаментозной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку) и инъекционным путем, через общие шприцы и иглы при употреблении наркотиков (с помощью программ снижения вреда).

Несмотря на то что многие ВИЧ-инфицированные делают все возможное, чтобы не заразить своих половых партнеров, заболеваемость ВИЧ-инфекцией во многих странах продолжает расти, в том числе и в тех странах, где общедоступна антиретровирусная терапия. Одна из важнейших задач общественного здравоохранения – помочь ВИЧ-инфицированным выработать такие формы поведения (воздержание или систематическое и грамотное использование презервативов), которые позволят существенно снизить риск передачи вируса половым путем. Для специалистов во многих странах не менее важно отучить потребителей инъекционных наркотиков пользоваться общими иглами и шприцами и таким образом предотвратить передачу вируса инъекционным путем.

Важность профилактики среди ВИЧ-инфицированных трудно переоценить. Если вы убедите одного человека, не инфицированного ВИЧ, снизить риск своего собственного заражения, вы предотвратите один случай заболевания. Если же вы убедите сделать то же самое ВИЧ-инфицированного, вы спасете от заражения многих людей.

9.2.3. Как проводится профилактика среди ВИЧ-инфицированных?

Для ВИЧ-инфицированных используются особые подходы к консультированию, обучению и коррекции поведения, не такие, как для остального населения. Опыт показывает, что оказание подобных услуг **в рамках программ помощи и лечения** при ВИЧ-инфекции и СПИДе оказывается особенно полезным, поэтому МЦПС приветствует включение профилактики среди ВИЧ-инфицированных в свои программы.

Для того чтобы убедить человека изменить свой образ жизни, консультанту требуются те же навыки и умения, которые мы обсуждали в главе 3.2, а именно умение сопереживать, профессионализм и искусство общения (умение слушать, задавать вопросы, объяснять). Обсуждение сексуальной жизни больного невозможно без соблюдения конфиденциальности и создания атмосферы доверия; в этом плане особенно успешно действуют врачи общей практики. Большинство исследований, посвященных проблемам профилактики среди ВИЧ-инфицированных, было проведено в развитых странах, поэтому их результаты оказываются неприменимыми ко многим странам с ограниченными ресурсами. Тем не менее эти исследования показывают, что большинство пациентов охотно обсуждают с врачами свою сексуальную жизнь и способы снижения вреда. Более того, пациенты часто ждут от врача, что он сам начнет беседу на эту тему, что возлагает на медицинских работников особую ответственность. Поэтому мы настоятельно рекомендуем врачам создавать соответствующую обстановку и побуждать пациентов к разговору об их половой жизни – как во время начального обследо-

ния, так и во время последующих визитов. Эти разговоры могут быть непродолжительными, но они должны повторяться вновь и вновь, поскольку однократная беседа, сколь бы она ни была эффективной, вряд ли способна оказать существенное влияние на образ жизни больного.

Смена образа жизни происходит постепенно. Специалисты единодушно соглашались в том, что для отказа от одних привычек и приобретения новых, будь то отказ от курения или от форм полового поведения, сопряженных с высоким риском заражения, обычно требуются знания, навыки, мотивация, ресурсы и поддержка.

- **Знания.** Что касается ВИЧ-инфекции, пациенты должны знать, как передается вирус, чем рискуют их партнеры и каким образом можно снизить этот риск. Полезно также быть знакомым с относительной эффективностью различных методов снижения вреда, в частности воздержания и систематического использования презервативов. Немаловажно и понимать связь между употреблением алкоголя и наркотиков, с одной стороны, и опасными формами поведения – с другой. Начать обсуждение проблем снижения вреда можно с вопроса о том, что сам пациент считает опасными формами поведения и какие шаги мог бы предпринять, чтобы обезопасить своего партнера.
- **Навыки.** Навыки, необходимые для снижения вреда, разнообразны и включают как раскрытие половому партнеру правды о своей ВИЧ-инфекции (что подробно обсуждается в главе 3.3), так и умение грамотно использовать презервативы.
- **Мотивация.** Изменение образа жизни дается больным нелегко. Чтобы приобрести новые привычки, нужно очень сильно этого хотеть. Обсуждение с больным неблагоприятных последствий незащищенных половых контактов нередко побуждает их к изменению своих собственных привычек.
- **Ресурсы.** Помимо бесед с лечащим врачом, на больных мощное воздействие оказывают разного рода наглядные пособия, в частности листовки и плакаты. Очень важно также иметь доступ к презервативам. Многие клиники распространяют презервативы бесплатно: это позволяет популяризировать их использование и одновременно дает повод завязать с больным беседу о снижении вреда. Направление на консультирование, в службу охраны репродуктивного здоровья или в местные службы поддержки также способствует изменению образа жизни больных и снижению риска распространения ВИЧ.
- **Поддержка.** Изменению образа жизни призваны помочь различные вмешательства. Обучение всех сотрудников программы, включая консультантов и наставников из числа больных, а также участников группы поддержки методам профилактики среди ВИЧ-инфицированных повышает ее эффективность. Группы поддержки оказывают особенно ценную помощь, помогая больным отказаться от старых привычек и приобрести новые. Встреча консультанта или другого сотрудника программы с участниками группы поддержки нередко возбуждает интерес к проблеме, становится толчком к познавательной беседе или планированию совместных мероприятий.

9.3. Помощь помогающим

Оказание поддержки людям, которые помогают ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, – еще один обязательный компонент программ помощи и лечения. В других главах мы описывали, как оказывать поддержку родным и близким больных. Эта глава посвящена помощи персоналу программ.

9.3.1. Психологическая и социальная поддержка

Во время эпидемий работники здравоохранения испытывают колоссальные психические перегрузки. Как и всех остальных людей, их окружают смерть и несчастья. Переутомление, тревога, опустошенность, а также реальный риск заразиться от своих пациентов создают предпосылки для личностных, профессиональных и этических конфликтов.

В своем романе «Чума» Камю описал состояние врача, оказавшегося безоружным во время опустошительной эпидемии: «К концу этих изнуряющих недель, когда все в тех же сумерках весь город выплескивался наружу и бессмысленно кружил по улицам, Риэ вдруг отдал себе отчет, что ему не требуется больше защищаться от жалости. Очень уж утомительна жалость, когда жалость бесполезна... И, поняв, как постепенно замыкается в самом себе его сердце, доктор впервые ощутил облегчение, единственное за эти навалившиеся на него, как бремя, недели...»

Программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе дают врачам средства для борьбы с болезнью и побуждают к действию, а следовательно, вселяют в них надежду. Однако при этом на врачей ложится еще больший груз ответственности, связанный с распределением медицинских услуг, выбором тактики лечения и обеспечением доступа к антиретровирусной терапии.

Для персонала программ психосоциальная поддержка не менее важна, чем для пациентов. Формы поддержки многообразны; простейшие из них – солидарность, товарищеские отношения и взаимное уважение между членами многопрофильной бригады, совместное противостояние трудностям, внимательное отношение к идеям, выдвинутым сослуживцами, обмен радостными новостями.

Регулярные совещания многопрофильной бригады, описанные в главе 1, дают прекрасную возможность поделиться друг с другом соображениями относительно тех или иных больных, обсудить работу программы и планы на будущее, а также поддержать и приободрить товарища, высказать ему свою симпатию, оказать поддержку, помочь советом.

Переподготовка и повышение квалификации персонала позволяют людям приобрести новые знания и навыки, а заодно сблизиться и подружиться, расслабиться и отвлечься от суровых клинических будней.

Персоналу может потребоваться и более серьезная помощь, в том числе поддерживающее консультирование или лечение у психиатра, например по поводу депрессии. Возможности оказания специализированной помощи, естественно, будут зависеть от местных ресурсов. Следует иметь под рукой перечень местных служб поддержки и время от времени обновлять его.

9.3.2. Универсальные меры предосторожности

Все сотрудники программы, от врачей до уборщиц, должны соблюдать универсальные, или стандартные, меры предосторожности, призванные охранить их от заражения болезнетворными микроорганизмами, передающимися с кровью. ВОЗ и Центр по контролю заболеваемости США рекомендуют персоналу медицинских учреждений исходить из того, что каждый пациент может быть заражен. Ношение перчаток (и, в зависимости от обстоятельств, халатов), отказ от повторного использования игл и надевания колпачков на использованные иглы, соблюдение правил утилизации и обработки игл и острых инструментов снижают риск заражения. Каждый сотрудник программы помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе должен быть проинструктирован заранее, что ему следует делать в случае угрозы заражения.

9.3.3. Постэкспозиционная профилактика

Все члены многопрофильной бригады должны уметь оказать помощь сослуживцам в случае контакта с инфицированным ВИЧ материалом. В разных медицинских учреждениях правила могут слегка различаться, однако каждый опорный пункт программы МЦПС должен иметь письменную инструкцию, включающую следующие основные действия:

- регистрация случая;
- обработка раны;
- эпидемиологическое обследование и тестирование на ВИЧ;
- консультирование;
- постэкспозиционная профилактика (по показаниям);
- наблюдение.

1. Программы профилактики ВИЧ/СПИДа

Программы профилактики ВИЧ/СПИДа реализуются с 1997 года при поддержке международных организаций. Программы направлены на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в уязвимых группах и среди общего населения. В реализации профилактических программ активное участие принимают неправительственные организации (НПО). Их целевые группы — молодежь, ПИН, секс-работники, мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ).

В настоящее время в России действуют пункты обмена шприцев, в которых представители уязвимых групп населения могут получить средства защиты (презервативы, шприцы) и информационно-образовательные материалы.

2. Стратегия снижения вреда

На начало 1980-х годов пришлась «первая волна» профилактической работы по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа. Авторы программ полагали: если людям предоставить информацию и поддержку, они сразу изменят свое поведение. Но, как показала практика, люди не могут быстро изменить свое поведение — изменения, как правило, носят постепенный характер.

Бывают ситуации, в которых человек не может совершенно обезопасить себя. Причиной этого могут быть зависимость от наркотиков, экономическая зависимость от партнера, не желающего использовать презервативы, культурные нормы сообщества, отношение общества к проблеме и конкретным типам поведения. Предложение полностью отказаться от привычного поведения только отталкивает человека от профилактической программы. Важно предлагать приемлемые альтернативы, базирующиеся на имеющихся в данный момент возможностях человека:

- **Вместо подхода «все или ничего» предлагайте спектр возможностей.**
- **Вместо категорических рекомендаций — консультирование, право на личный выбор.**

На этих принципах построены программы снижения вреда среди ПИН и обсуждение сексуальных практик.

3. Профилактика парентерального пути передачи ВИЧ

3.1. Профилактика передачи ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков

Риск передачи ВИЧ-инфекции существует при совместном использовании инъекционного оборудования. С целью снижения риска передачи ВИЧ через кровь лицам, употребляющим наркотики инъекционным путем, необходимо обеспечить легкий доступ к стерильным инъекционным инструментам и дезинфицирующим материалам.

Следует серьезно рассматривать любые действия, которые помогают снизить распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН. Каждый ПИН должен знать о том, что использование дезинфицированных, а лучше одноразовых, инъекционных инструментов — лучший способ избежать заражения ВИЧ.

Необходимо напоминать о возможности передачи ВИЧ через наркотик каждому клиенту. Не пытайтесь строить догадки, является ли тот или иной человек ПИН. Наркотики могут употреблять медицинские работники, имеющие доступ к лекарствам, а общие шприцы и иглы для инъекций иногда используют хорошо обеспеченные люди.

Кроме знания методов профилактики, человеку важно знать, кто может помочь ему в приобретении навыков профилактики, а также в более существенных позитивных изменениях, как, например, в отказе от употребления наркотиков. Владение информацией о существующих медицинском и социальном сервисе и правилах его использования критически важно для эффективной профилактики.

Наркотики чаще всего употребляют молодые, сексуально активные люди. Поэтому следует также предоставлять рекомендации по практике безопасного секса.

3.1.1. Рекомендации по снижению вреда

Чтобы при употреблении наркотиков избежать заражения ВИЧ и гепатитами, следует:

- иметь свой индивидуальный шприц и не давать использовать его другому человеку,
- не производить забор наркотика из общей посуды,
- использовать чистый наркотик (без добавления чужой крови),
- избегать употребления «вторяков» («вторяк» — раствор, приготовленный из остатков опия-сырца после первого использования, опасен тем, что может содержать различные примеси и остатки крови).

3.1.2. Рекомендации по дезинфекции игл и шприцев

Обработку необходимо проводить дважды: первый раз сразу же после использования и второй раз — непосредственно перед повторным использованием.

Каждая обработка должна проводиться следующим образом:

Этап 1. Цель: смыть остатки раствора и крови. Набрать в шприц через иглу чистую воду с небольшим количеством воздуха. Потрясти шприц два раза по 30 секунд. Воду из шприца выливать не в емкость с чистой водой, а в раковину или на землю.

Этап 2. Цель: уничтожить возбудителей заболевания. Набрать через иглу раствор хлорки, прополоскать им шприц два раза по 30 секунд. Раствор из шприца выливать не в емкость с чистой хлоркой, а в раковину или на землю.

Этап 3. Цель: смыть остатки хлорки. Набрать в шприц через иглу чистую воду и прополоскать его два раза по 30 секунд. Воду из шприца выливать не в емкость с чистой водой, а в раковину или на землю.

3.1.3. Три основных правила обработки игл и шприцев

Основные правила обработки игл и шприцев, которые необходимо объяснить, если клиент может воспринимать информацию ограниченного объема и сложности:

- Следует использовать сильнодействующий раствор хлорной извести.

Если клиент спрашивает, можно ли употреблять алкоголь или перекись водорода для обработки игл, сообщите ему, что алкоголь и перекись водорода можно использовать, если нет хлорки, но хлорка во много раз лучше.

- Чем дольше шприцы и иглы находятся в контакте с раствором хлорной извести, тем лучше.
- Трехэтапную обработку нужно проводить дважды: первый раз сразу же после использования, второй раз — непосредственно перед повторным использованием.

3.2. Профилактика внутрибольничного заражения

Основные правила предупреждения инфицирования при оказании медицинских услуг предусматривают:

- соблюдение предосторожности в отношении крови и других жидких сред организма;
- соблюдение предосторожности при инъекциях и процедурах, связанных с нарушением целостности кожи и слизистых;
- соблюдение предосторожности при работе с остро заточенным инструментарием;
- эффективное применение дезинфекции и стерилизации.

Для профилактики профессионального инфицирования медицинским работникам необходимо:

- при выполнении манипуляций использовать средства барьерной защиты (халаты, перчатки и т.д.); при угрозе разбрызгивания крови применять маску, очки или защитные щитки;
- все манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных и слизистых покровов, выполнять в перчатках.

3.3. Постконтактная профилактика

В ситуации укола или ранения, причиненного острым инструментарием, осколками стекла от ампул, пробирок и т.д., необходимо предпринять следующие действия:

- При повреждении кожи снять перчатки и промыть водой с мылом те участки кожи, на которые предположительно попали инфицированные физиологические жидкости.
- Промыть водой слизистые оболочки, имевшие контакт с возможным источником инфекции.
- При попадании инфицированной жидкости в глаза промыть их водой или солевым раствором.

НЕ ПРИМЕНЯТЬ щелочные вещества и не вводить в рану антисептики или дезинфицирующие вещества.

Химиопрофилактика проводится антиретровирусными препаратами. Начать химиопрофилактику нужно немедленно, но не позднее чем через 36 часов. Продолжительность ее должна быть не менее 28 дней.

Медицинский работник должен находиться под наблюдением не менее шести месяцев от момента травмы и проходить обследование на ВИЧ.

4. Профилактика передачи ВИЧ при сексуальном контакте

4.1. Общая информация

Риск заражения ВИЧ при сексуальных контактах полностью исключен в случае воздержания от сексуальной активности. Моногамные отношения между неинфицированными партнерами, подразумевающие их взаимную верность, также обеспечивают высокую безопасность. Во всех других случаях, когда сексуальная активность направлена на партнера (или партнеров) с неизвестным или позитивным ВИЧ-статусом, следует соблюдать меры предосторожности для снижения вероятности ВИЧ-инфицирования. Эти меры называются видами безопасного (или менее опасного) сексуального поведения и подразумевают использование таких форм сексуальной активности или таких способов защиты, которые устраняют или значительно сокращают потенциальный риск инфицирования.

1. Особенности сексуального поведения, плохо поддающиеся изменению при помощи консультирования до и после теста на ВИЧ:

- степень сексуальной активности,
- выбор партнера,
- выбор сексуальной практики,
- возраст, когда начинается сексуальная жизнь.

2. Легче добиться менее опасного поведения в том случае, если изменения обсуждаются в рамках (внутри) существующих у клиента стиля жизни, количества партнеров и сексуальных практик. То есть как сделать менее опасным то, что клиент привык и хочет продолжать делать?

Определяющим фактором для использования презервативов является вера в их защитные свойства. Поэтому важно, чтобы сексуально активные люди получили информацию о том, что презервативы из латекса, при правильном и постоянном использова-

нии, обеспечивают эффективную защиту от ВИЧ-инфекции. Применение презервативов — наилучший способ профилактики ВИЧ при сексуальных контактах.

4.2. Обсуждение вопросов безопасного секса с партнером

Эффективность профилактики ВИЧ значительно повышается, если сексуальные партнеры могут и готовы обсуждать друг с другом использование презервативов и менее опасных сексуальных практик. Помощь в подготовке к такому обсуждению могут оказать сотрудники и добровольцы профилактических программ, поэтому консультанту важно поддерживать связь с такими программами и информировать о них клиентов.

4.3. Презервативы из латекса

Презервативы из латекса или полиуретана обеспечивают более надежную защиту от ВИЧ по сравнению с презервативами из натуральной мембраны.

При покупке важно обращать внимание на то, есть ли на упаковке надпись, говорящая, что они предохраняют от ИППП и ВИЧ. Эффективными могут быть как презервативы со смазкой (лубрикантом), так и без смазки (сухие, без лубриканта), однако смазка помогает снизить риск разрыва презерватива.

На качественных презервативах имеется указание на национальный стандарт качества, которому они соответствуют, а также обязательно присутствуют сведения о производителе.

На презервативе должна быть указана либо дата окончания срока реализации, либо дата изготовления и срок годности. Презервативы нельзя использовать по истечении срока годности.

Презервативы хранят в прохладном сухом месте, вдали от прямого солнечного света. Нельзя хранить презервативы в заднем кармане брюк или под подушкой. Презервативы в поврежденной упаковке или с явными признаками давнего происхождения (например, ломкие, липкие или потерявшие цвет) не могут считаться надежным средством защиты, и их использовать не следует.

С весны 1987 года во всех странах — производителях презервативов развернута широкая программа проверки контроля качества и процедур тестирования презервативов из латекса.

4.4. Смазки (лубриканты)

Если используется дополнительная смазка при вагинальном и, особенно, анальном контакте, то с целью уменьшения риска разрыва презерватива следует использовать смазки только на водной основе. Нельзя применять смазки на жировой основе, такие как вазелин, крем, гель для рук, растительное масло и т.п. Эти продукты разрушают латекс и могут способствовать разрыву презерватива.

4.5. Спермициды

Спермициды — это химические поверхностно-активные вещества, и их следует применять в соответствии с прилагаемыми инструкциями.

Спермициды созданы для того, чтобы инактивировать сперму. Их можно приобрести в виде кремов, пенок, гелей, пропитанных губок, таблеток или свечей. При использовании спермицидов в сочетании с презервативами следует использовать ту форму, которая позволит полностью покрыть внутреннюю поверхность влагалища, например пенку или крем.

Не используйте презервативы со спермицидной смазкой для орального секса. Никогда не следует обрабатывать спермицидом рот. Помимо того, что у него определенно неприятный вкус, он может повредить слизистую ротовой полости.

Спермициды сами по себе не могут защитить от ВИЧ-инфекции.

Пример организации обсуждения эффективности презервативов

Клиент хочет знать, насколько эффективны презервативы.

Консультант: Презервативы из латекса очень эффективны при их правильном использовании во время орального, анального и вагинального секса. Исследования показали, что у тех пар, в которых один партнер инфицирован ВИЧ и в которых правильно и при каждом половом контакте применяли презерватив, риск передачи ВИЧ-инфекции составил 0–2%.

Клиент: Что означает выражение «презервативы из латекса высокоэффективны»?

Консультант: Презервативы высокоэффективны в случае правильного и постоянного применения. Убедительные результаты исследований свидетельствуют о том, что даже при повторяющемся контакте с ВИЧ 98–100% людей, постоянно и правильно использующих презервативы во время вагинального секса, не инфицируются.

Пример организации обсуждения качества презервативов из латекса

Клиент говорит, что прочитал, будто у презервативов из латекса поры достаточно велики для прохождения через них ВИЧ, и спрашивает, насколько эта информация соответствует истине.

Консультант: В отличие от резины латекс не имеет пор. Презерватив представляет из себя основу, дважды покрытую латексом. При правильном применении презервативы не пропускают ВИЧ. Поэтому мы, как и Всемирная Организация Здравоохранения, по-прежнему рекомендуем правильно применять презервативы из латекса и использовать их каждый раз, когда вы занимаетесь сексом: это значительно сокращает риск передачи инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ.

4.6. Презервативы: рекомендации по правильному применению

Может появиться необходимость объяснять людям, обращающимся за информацией, как правильно пользоваться презервативами из латекса. Упаковка презервативов должна содержать инструкцию по применению.

Правильно использовать презерватив из латекса – значит:

- Использовать презерватив при каждом виде проникающего контакта, причем от начала до конца акта. Никогда не использовать один и тот же презерватив при смене типа сексуальной активности.
- Надевать презерватив сразу же после возникновения эрекции. Избегать прикасаться пенисом влагалища или ануса до того, как презерватив будет надет.
- Перед надеванием кончик презерватива (около 1 см) зажать между большим и указательным пальцами, чтобы выпустить оттуда воздух; затем приложить презерватив к головке полового члена и раскатать его по всей длине члена, до самого основания. Очень важно оставить на кончике презерватива место для семенной жидкости: это предотвратит разрыв презерватива в момент семяизвержения.
- Использовать смазку только на водной основе; смазки на масляной основе разрушают латекс. (Некоторые виды губной помады, так же как и смазки на жировой основе, могут повредить латексному презервативу.)
- После эякуляции сразу же вывести член из влагалища (ануса) партнера, придерживая презерватив у основания.
- После снятия завязать презерватив узлом и выбросить в мусорное ведро.
- Не использовать презервативы с истекшим сроком годности и имеющие поврежденную упаковку.

Люди, обращающиеся за информацией, могут возражать против идеи использования презервативов или других средств защиты. Вы можете услышать следующее: «Ни в коем случае! Я этого делать не буду!» Правильный ответ мог бы прозвучать так: «Это ваше решение. Я хочу, чтобы вы поняли пути передачи ВИЧ и способы профилактики, и хочу дать вам информацию о том, как защитить себя и партнера».

Пример организации обсуждения темы «Правильное использование презерватива».

Клиент: Разве презервативы не могут порваться?

Консультант: Презервативы рвутся крайне редко. Происходит это, как правило, в результате неправильного использования или при использовании презерватива с истекшим сроком годности. Другими распространенными причинами повреждения презерватива являются: повреждение изделия ногтями, воздействие высокой температуры и солнечного света, повторное использование презерватива, разворачивание презерватива до его надевания. Использование смазки на жировой основе, такой как детское масло, растительное масло, вазелин и крем, может значительно ослабить презервативы из латекса и повлечь за собой их разрыв. Минеральное масло, распространенный ингредиент лосьонов для рук, может вызвать ослабление прочности презерватива на 90% уже через 60 секунд после его нанесения.

4.7. Разрыв презервативов

При разрыве презерватива не рекомендуется промывание с помощью душа, так как это может способствовать продвижению спермы по влагалищу вверх до шейки матки, что, вероятно, увеличит площадь контакта с ВИЧ. В случае если порвался презерватив, нельзя использовать спермицидные и дезинфицирующие мази, так как они могут вызвать воспаление слизистой влагалища, а это, в свою очередь, облегчает проникновение ВИЧ и других инфекций в организм. При разрыве презерватива во время анального полового контакта промывание с помощью душа или клизмы также может способствовать продвижению спермы и микроорганизмов вверх по прямой кишке, увеличивая площадь контакта. Кроме того, в этом случае можно вымыть защитную слизь, выстилающую прямую кишку.

Применение таких профилактических средств, как габитан, мирамистин, цидипол и др., не только не снижает риск инфицирования ВИЧ, а, наоборот, увеличивает его, что связано с тем, что они вызывают раздражение слизистой, которое сопровождается притоком большого количества активированных клеток, участвующих в иммунном ответе. Таким образом, в слизистой оказывается большое количество потенциальных мишеней для ВИЧ, что значительно облегчает его проникновение в организм.

Консультант может нередко сталкиваться с наличием сексуального насилия в жизни клиента. В таких случаях важно знать, какие организации оказывают помощь в профилактике сексуального насилия в семье и в других ситуациях, и дать клиенту информацию об этих организациях.

Пример организации обсуждения темы «Разрыв презервативов».

Клиентка говорит, что ее партнер не хочет пользоваться презервативами, так как они все время рвутся. По его словам, они все равно неэффективны.

Консультант: Презервативы могут порваться, но часто это происходит в результате их неправильного использования. Производство презервативов контролируется, осуществляется проверка их качества. Проблема заключается в том, что люди могут неправильно пользоваться презервативом, что влечет за собой его разрыв. Презервативы из латекса дают эффективную защиту при их постоянном и правильном использовании. Вы бы хотели поговорить о правильном использовании и разобраться в том, как избежать их повреждения?

Объяснение правильного использования презервативов предоставлено, но женщина по-прежнему колеблется, хотя говорит, что все поняла.

Консультант: Я могу вам еще чем-нибудь помочь?

Клиентка в конце концов говорит, что ее партнер может применить насилие, он уже принуждал ее заниматься сексом без презерватива. Она спрашивает, есть ли еще какие-нибудь способы защиты. Ее партнер предложил ей использовать спермицид внутривагинально.

Консультант: Сам по себе спермицид не защищает женщину от ВИЧ-инфекции.

4.8. Тактика снижения риска при оральном сексе

Риск инфицирования при оральном сексе меньше, чем при анальном или вагинальном. Человеку, который интересуется степенью риска заражения ВИЧ при оральном сексе с женщиной, следует дать стандартную информацию по использованию пре-

зервативов для снижения риска. В любом случае важно, чтобы сперма не попадала в рот. Прерывание взаимодействия до эякуляции также существенно уменьшает риск. Хотя в случае незащищенного орального контакта риск все равно остается, он несомненно меньше, чем риск при попадании спермы в рот.

(Более подробную информацию о риске, которому подвергается человек при оральном сексе, содержит приложение II «Передача ВИЧ».)

Для других видов орального секса: рот — вульва (куннилингус) и рот — анус (анилингус) — не существует специально разработанных, проверенных и одобренных барьерных средств защиты. В качестве барьера, предотвращающего контакт кожи или слизистой с потенциально опасными жидкостями организма, можно предложить для использования латексные салфетки. Если разрезать презерватив вдоль, из него получится такая салфетка.

Эффективность латексных салфеток зависит от того, насколько полно они покрывают участок контакта, а также от отсутствия на них проколов, разрывов, растяжек и т.д. Как и презервативы, латексные салфетки являются одноразовым средством защиты, использовать их рекомендуется только с одной стороны. Не следует сочетать их со спермицидами, смазками и продуктами на жировой основе.

5. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Одним из возможных путей передачи вируса является путь от инфицированной матери ребенку во время беременности, родов или при кормлении грудью (см. приложение II «Передача ВИЧ»).

Подробное обсуждение данной темы должно предлагаться профильным специалистом. В рамках консультирования могут быть представлены лишь основные факты. Тем более в рамках консультирования до и после теста не может обсуждаться вопрос о сохранении или прерывании беременности!

Для консультанта важно знать, какие организации и специалисты занимаются оказанием медицинской и психосоциальной помощи ВИЧ-положительным беременным и рожденным ими детям, и предоставить эту информацию клиенту.

6. ВИЧ-инфекция у новорожденных и подростков

Как и вопросы профилактики передачи ВИЧ от матери плоду/новорожденному, вопросы возможных последствий ВИЧ-инфекции у детей и оказание медицинской и психосоциальной помощи рожденным ВИЧ-положительными женщинами детям не являются предметом обсуждения на консультациях до и после теста на ВИЧ. Данные вопросы с матерью должны обсуждать медик, психолог, социальный работник после консультирования по поводу ее ВИЧ-статуса.

Если тестирование проводится ребенку в возрасте до 13—14 лет, предпочтительно перед разговором с ребенком провести совместную встречу с родителями, детским или подростковым психологом, чтобы помочь родителям оказать поддержку своему ребенку в случае положительного результата.

Если тестирование проводится подростку старше 14 лет, предпочтительно провести совместное консультирование ребенка и родителей, но только с согласия ребенка.

В любой из перечисленных ситуаций консультанту важно иметь информацию о медицинских и социальных организациях, которые могут оказать помощь родителям и детям в ситуациях, связанных с ВИЧ-инфекцией, наркотической зависимостью, сексуальным насилием или с проблемами взаимоотношений внутри семьи.

II РАЗДЕЛ

Иммунитет — это наш пропуск в мир живых.

Р.В. Петров, академик РАМН

1. Как работает иммунная система

Назначение иммунной системы — защищать организм от внешних вторжений. Вторгающиеся элементы распознаются как «не свои», то есть не являющиеся частью организма, и это вызывает защитную реакцию иммунной системы (ИС). Эти чужеродные элементы называются патогенами (антигенами). К патогенам относятся бактерии, вирусы, грибы, простейшие, злокачественные клетки и другие чужеродные для организма субстанции.

Иммунитет бывает двух видов: врожденный (естественный) и приобретенный (адаптивный).

ИС состоит из специальных органов и клеток, расположенных по всему телу. Одной из частей ИС является лимфатическая система (ЛС). Она, в свою очередь, состоит из наполненных жидкостью лимфатических сосудов, связывающих между собой лимфатические узлы. Одной из функций лимфатических узлов является выявление антигенов и их фильтрация из лимфатической жидкости. Другая их функция заключается в депонировании белых кровяных клеток, которые называются лимфоцитами и фагоцитами. Лимфоциты и фагоциты образуются в костном мозге и представляют собой клетки, запускающие иммунный ответ — каскад реакций, возникающих при обнаружении антигена.

Иммунная система состоит:

- из центральных органов (тимус, костный мозг);
- из периферических органов (селезенка, лимфоузлы, лимфоидная ткань слизистых оболочек дыхательных путей, пищеварительного тракта, кожи, например пейеровы бляшки, миндалины, аппендикс и др.).

Костный мозг не является собственно лимфоидным органом, но именно здесь из стволовой клетки-предшественницы вырабатываются все клетки крови, в том числе и клетки лимфоидного ряда (лимфоциты).

В 1969 году И. Роит ввел понятие Т- и В-лимфоцитов:

- **Т-лимфоциты** (тимус-зависимые лимфоциты) соответственно образуются в тимусе;
- **В-лимфоциты** (bursa-зависимые лимфоциты) образуются в костном мозге (аналог костного мозга у птиц называется bursa, что и дало название данной популяции лимфоцитов), затем поступают в периферические лимфоидные органы.

Лимфоциты отличаются высоким разнообразием и включают по крайней мере три популяции (типы клеток с максимально общими признаками): Т-клетки, В-клетки, НК-клетки (от natural killer — естественные убийцы).

Т-лимфоциты непосредственно отвечают за клеточный иммунитет и подразделяются на две основные группы: иммунорегуляторные Т-хелперы и цитотоксические Т-киллеры. В клинической практике каждой группе присвоено собственное имя в зависимости от типа рецепторов, расположенных на их поверхности: CD4 или CD8.

Т-хелперы несут на своей поверхности CD4+ рецепторы, выполняющие главным образом иммунорегуляторную функцию.

Т-киллеры несут на своей поверхности CD8+ рецепторы. Главная функция Т-киллеров — уничтожение дефектных или пораженных инфекцией клеток организма.

Т-хелперы играют решающую роль в иммунной реакции на внедрение антигенов. Когда вирус иммунодефицита человека проникает в организм, первой клеткой-мишенью являются Т-хелперы, которые несут на своей поверхности CD4+ рецепторы. Это приводит к сбою хорошо отлаженной работы иммунной системы и развитию иммунодефицита.

2. Определение ВИЧ и СПИДа

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита:

С — синдром (совокупность признаков, сопровождающих заболевание);

П — приобретенный (синдром не передается по наследству);

ИД — иммунодефицит (недостаточность иммунитета).

ВИЧ-инфекция — заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека.

СПИД — конечная стадия ВИЧ-инфекции.

С июля 1986 года для обозначения этого вируса повсеместно принято название «вирус иммунодефицита человека» или «ВИЧ» (HIV).

3. Вирусы как особая форма жизни

Вирус — это простейшая форма жизни. Вирусы являются возбудителями многих острых и хронических инфекционных заболеваний. Вирусы человека и животных — исключительно внутриклеточные паразиты, то есть основная часть их жизненного цикла, связанная с размножением, проходит только внутри клеток организма хозяина. В состав вирусных частиц входит только один тип нуклеиновой кислоты: либо ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота), либо РНК (рибонуклеиновая кислота), являющейся носителем генетической информации вируса.

ВИЧ принадлежит к семейству ретровирусов, подсемейству лентивирусов. Внешняя оболочка ВИЧ приспособлена для присоединения к будущей клетке-жертве. Для этого на поверхности вируса существуют специальные белки, которыми, словно крючками, ВИЧ цепляется за нужные клетки организма. Затем другие белки, располагающиеся на поверхности внешней оболочки, разрывают поверхность клетки и впрыскивают внутрь содержимое вируса.

Основная задача ВИЧ — внедрить свой генетический материал в ядро клетки хозяина. В результате пораженная вирусом клетка начинает продуцировать белки, из которых собираются новые вирусные частицы. Они отправляются на поиск других клеток, чтобы, внедрившись, заставить их производить все новые и новые копии ВИЧ.

В процессе размножения ВИЧ участвуют три фермента: обратная транскриптаза, интегразы и протеазы. Их задача — внедрить вирусную информацию в генетический аппарат клетки и поддержать процесс образования новых вирусов.

4. Особенности ВИЧ

ВИЧ содержит:

- только РНК (а не ДНК);
- особый фермент — обратную транскриптазу, который позволяет превратить РНК в ДНК, а затем встроить ее в геном клетки хозяина, например лимфоцита.

Для паразитирования ВИЧ выбирает в первую очередь лимфоциты, то есть именно те клетки, которые должны защищать человека от инфекций. Вирус поражает также другие клетки организма, имеющие CD4+ рецепторы.

Пока иммунная система не повреждена, продукция ВИЧ подавляется, но длительная борьба «вирус — организм» истощает резервы защиты, что приводит к массовому размножению вируса и развитию СПИДа.

5. Влияние ВИЧ на иммунную систему

Наличие ВИЧ-инфекции не только снижает абсолютное число Т-лимфоцитов, но и нарушает их функцию. Многие проявления ВИЧ-инфекции можно объяснить снижением числа Т-хелперов (CD4+). Однако функциональная недостаточность Т-лимфоцитов проявляется уже на ранних этапах ВИЧ-инфекции, когда еще нет значительного снижения числа CD4+ клеток.

Число CD8+ лимфоцитов изменяется в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. По окончании острой фазы оно обычно увеличивается и остается таковым в течение всей бессимптомной стадии, но при развитии СПИДа резко падает. Увеличение числа цитотоксических клеток, возможно, объясняется компенсаторным усилением пролиферации всех клонов CD8+ лимфоцитов в ответ на общее снижение количества клеток Т-популяции, обусловленное потерей CD4+ лимфоцитов. Но, несмотря на повышение числа CD8+ клеток, их цитотоксическая активность против ВИЧ по мере прогрессирования заболевания снижается до полного исчезновения.

ВИЧ-инфекция сопровождается избыточной активацией В-лимфоцитов, сопровождающейся повышенной продукцией иммуноглобулинов, интерлейкина-6, фактора некроза опухолей.

ВИЧ не оказывает цитолитического действия на моноциты и макрофаги, однако активно реплицируется в них, поэтому фагоциты могут служить резервуаром ВИЧ и способствовать распространению вируса по организму.

1. Жидкости организма, содержащие ВИЧ

Источником инфекции является человек в любой период с момента его инфицирования ВИЧ. ВИЧ обнаруживается во всех жидкостях организма инфицированного человека, но для передачи вируса необходима его определенная концентрация. Инфекционно опасными являются²⁰:

- кровь,
- сперма,
- вагинальный секрет,
- грудное молоко.

Вирус в **низкой, эпидемиологически безопасной** концентрации содержат:

- моча,
- слюна,
- слезы,
- пот,
- фекалии,
- ушная сера.

Если данные жидкости не содержат крови, риск заражения ВИЧ сводится к нулю.

2. Пути передачи ВИЧ

На сегодняшний момент у специалистов уже не осталось сомнений в том, какими путями передается, а какими не передается ВИЧ-инфекция. Это подтверждено годами эпидемиологических наблюдений и множественными лабораторными экспериментами.

Эпидемически значимые пути передачи ВИЧ-инфекции:

- парентеральный путь (через кровь);
- сексуальные контакты, связанные с проникновением в тело партнера;
- от инфицированной матери ребенку во время беременности, родов и при кормлении грудью.

Вероятность передачи ВИЧ при однократном контакте:

- 90—100% — при переливании крови или ее компонентов, зараженных ВИЧ;
- 30% — при инъекционном употреблении наркотиков одним шприцем с ВИЧ-инфицированным;

²⁰ Жидкости перечислены с учетом концентрации вируса — от более высокой к менее высокой.

0,3%	— при уколах иглой, на которой есть следы крови, содержащей ВИЧ;
50%	— от ВИЧ-инфицированной матери новорожденному ребенку (естественные роды и грудное вскармливание);
1%	— от ВИЧ-инфицированной матери новорожденному ребенку, если мать проводит профилактические мероприятия, включая химиотерапию;
0,3%	— анальный секс без презерватива;
0,1—0,2%	— вагинальный контакт, когда один из партнеров ВИЧ-инфицирован (ВИЧ-инфицированный мужчина);
0,05—0,1%	— вагинальный контакт, когда один из партнеров ВИЧ-инфицирован (ВИЧ-инфицированная женщина).

Пути и вероятные факторы передачи ВИЧ-инфекции

Пути передачи	Факторы передачи	Риск заражения ²¹
Сексуальные контакты		
Анальный секс	Сперма, кровь	Высокий
Вагинальный секс	Сперма, вагинальный и цервикальный секреты, кровь (в том числе менструальная)	Высокий
Оральный секс	Сперма, вагинальный секрет, менструальная кровь	Средний
Парентеральный		
«Через шприц»	Контаминированные иглы и шприцы, а также другой инвазивный нестерилизованный инструментарий	Высокий
Повреждения кожи, слизистой	Кровь	Высокий
Гемотрансфузионный	Кровь или ее препараты	Высокий
Трансплантационный		
Трансплантационный	Органы и ткани	Высокий
От матери ребенку		
Трансплацентарный	Кровь	Средний
Интранатальный (во время родов)	Кровь, вагинальный секрет	Высокий
Постнатальный (при грудном вскармливании)	Кровь, грудное молоко	Высокий

2.1. Парентеральный путь передачи ВИЧ

2.1.1. Вероятность передачи ВИЧ при инъекциях психоактивных веществ

С середины 90-х годов прошлого века и до сегодняшнего дня основным путем распространения ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии является совместное использование потребителями психоактивных веществ инъекционного инструментария: шприцев, игл, емкостей для приготовления наркотиков и т.д. Как показывает опыт, ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) может распространяться чрезвычайно быстро. Одна из самых опасных ситуаций, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования, — совместное использование шприцев и игл без предварительной дезинфекции. Причиной этого в основном является недоступность чистого инструментария и отсутствие у ПИН навыков безопасного (менее опасного) поведения.

Среди ПИН наиболее распространены три модели рискованного поведения:

- использование общего оборудования для инъекций;
- забор наркотика из общей посуды;
- употребление без предварительной дезинфекции наркотика, приобретенного в нестерильном, использованном ранее шприце.

Обмен игл и шприцев

Основные причины рискованных практик инъекционного употребления наркотиков:

- отсутствие программ доступа ПИН к стерильному одноразовому инструментарию (в первую очередь шприцам/иглам) и средствам дезинфекции (спиртовые салфетки и хлорный раствор);
- отсутствие у ПИН навыков профилактики инфекций при инъекциях.

Оценка степени риска при инъекционном употреблении наркотиков

Заражение происходит, когда инфицированная кровь через иглу попадает в кровоток. Это становится возможным, если:

- использовать чужой шприц или пускать свой шприц «по кругу»;
- использовать общую воду для промывания шприца и иглы;
- добавлять кровь (свою или чужую) в раствор наркотика с целью его «очищения»;
- пользоваться наркотиками, заправленными в шприц кем-то другим;
- пользоваться общей посудой для забора наркотика (ВИЧ может попасть в емкость через использованный ранее шприц).

Риск заражения повышается, если инъекционное употребление наркотиков происходит в группе (особенно среди плохо или совсем не знакомых людей).

Совместное использование игл и шприцев несет в себе серьезную опасность заражения ВИЧ, ИППП, гепатитами В и С. И если в отношении ВИЧ применимы простые средства дезинфекции (хлорсодержащие растворы или кипячение), то, например,

²¹ Риск заражения представлен в данной таблице без учета возможных методов профилактики.

уничтожить вирус гепатита С значительно сложнее: даже в кипящей воде он долгое время сохраняет свою жизнеспособность.

2.1.2. Вероятность передачи ВИЧ при медицинских манипуляциях

Донорство

При сдаче крови не существует опасности инфицирования ВИЧ, так как иглы в центрах сбора донорской крови стерильны и никогда не используются повторно.

Ранее, в начале эпидемии, ряд случаев заболевания СПИДом был вызван переливанием зараженной крови или ее препаратов.

В настоящее время кровь переливается только по исключительным показаниям, когда не представляется возможным применить кровезаменители. В тех случаях, когда переливания крови избежать нельзя, для этой процедуры используется кровь, прошедшая двойную проверку на ВИЧ.

В дополнение к скринингу донорской крови на антитела к ВИЧ центры по сбору донорской крови придерживаются правила, которое запрещает сдавать кровь людям, «вовлеченным в деятельность, связанную с высокой степенью риска».

Таким образом, сегодня вся донорская кровь проходит тестирование на антитела к ВИЧ. Но, к сожалению, бывают чрезвычайные ситуации, связанные со срочностью предоставления крови, когда нет времени на двойную проверку крови на ВИЧ с учетом «периода окна» (см. «Период выработки антител», Приложение III, 3).

Проблема донорской крови особенно актуальна для людей, страдающих гемофилией.

Гемофилия — это заболевание крови, вызванное генетически обусловленным недостатком коагулирующего фактора (фактора свертываемости крови). Это наиболее распространенное из всех врожденных (наследственных) нарушений свертываемости крови, которое встречается с частотой 1:10 000.

Больные гемофилией регулярно нуждаются в переливании крови и ее препаратов. В настоящее время, в связи с внедрением программ скрининга донорской крови, вероятность передачи ВИЧ оценивается как минимальная.

Инвазивные процедуры в медицинских учреждениях

Риск передачи ВИЧ в учреждениях здравоохранения относительно низок, но он существует — как для пациентов, так и для медицинских работников.

Инфекция может передаваться от пациента пациенту при повторном использовании медперсоналом игл, шприцев и другого инструментария, не прошедшего дезинфекцию и стерилизацию. Сейчас в медицинских учреждениях используется одноразовый и стерилизованный инструментарий, что позволяет минимизировать риск передачи ВИЧ-инфекции при процедурах, связанных с нарушением кожных покровов и слизистых оболочек.

Риск инфицирования при оказании медицинской помощи

Заражение медицинских работников может произойти при контакте кожи и слизистых с инфицированными биологическими жидкостями (кровью, сывороткой, спермой и т.д.) и при травмах во время проведения инвазивных манипуляций.

Риску инфицирования подвергаются сотрудники гематологических, реанимационных, стоматологических, гинекологических, хирургических, гемодиализных отделений, лабораторий, процедурных кабинетов. Риск заражения в результате повреждений кожи составляет 0,3% и повышается при глубоких порезах большой площади и продолжительном контакте с биологическими жидкостями, инфицированными ВИЧ.

2.1.3. Вероятность передачи ВИЧ через иглы для акупунктуры, татуировок и пирсинга

Эти процедуры безопасны при соблюдении всех правил асептики и антисептики, поэтому данные манипуляции следует производить исключительно в тех учреждениях, где используются одноразовые инструменты.

2.2. Передача ВИЧ при сексуальном контакте

2.2.1. Оценка риска передачи ВИЧ при сексуальном контакте

При оценке риска важно определить, какие именно действия могут привести к инфицированию. Одной из наиболее эффективных является методика последовательного исследования ситуации «от вопроса к вопросу», так называемая методика «трех П»:

Партнер: Насколько достоверна информация, что ваш сексуальный партнер инфицирован ВИЧ?

Потенциал: Происходил ли контакт с жидкостями организма, потенциально опасными для инфицирования ВИЧ: кровью, спермой/вагинальным секретом?

Путь: Какова вероятность, что вирус мог попасть в кровоток? (Есть ли основания предполагать, что определенные обстоятельства увеличивают вероятность попадания инфекционно опасных жидкостей в кровоток: наличие ран, изъязвлений на коже и слизистой?)

При оценке риска заражения ВИЧ, связанного с сексуальной активностью, необходимо обсудить следующие вопросы:

- Использовался ли презерватив из латекса?
- Использовался ли презерватив из латекса при каждом проникающем сексуальном контакте?
- Использовался ли презерватив от начала до конца проникающего контакта?
- Не произошло ли разрыва презерватива во время сексуального контакта?
- Если презерватив не использовался, был ли акт прерван до эякуляции (семяизвержения)?
- Был ли контакт со спермой/вагинальным секретом/менструальными выделениями?

2.2.2. Степень риска

Степень риска неодинакова для различных видов сексуальной активности и неодинакова в отношении каждого из партнеров.

Анальный половой контакт без использования презерватива и специальной смазки на водной основе особенно опасен в силу высокой травматичности: повреждение

слизистых открывает путь для проникновения ВИЧ непосредственно в кровоток. При анальном контакте активный партнер подвергается меньшему риску, но следует помнить, что ВИЧ может попасть в кровоток через микроскопические повреждения кожи и/или слизистой на половом члене.

Вагинальный половой контакт без использования презерватива — следующий по степени риска инфицирования ВИЧ. При наличии повреждений слизистой половых органов вероятность передачи вируса возрастает. При вагинальном контакте женщина более уязвима к ВИЧ, чем мужчина.

Высокий риск/Опасные сексуальные практики:

- анальное проникновение без презерватива;
- вагинальное проникновение без презерватива;
- прерванное анальное или вагинальное проникновение без презерватива (прекращение до наступления семяизвержения);
- оральный секс с семяизвержением в рот;
- орально-вагинальный контакт (куннилингус);
- оральная стимуляция ануса (римминг);
- любой вид сексуальной активности, допускающий контакт крови, спермы и вагинального секрета обоих участников.

Низкий риск/Менее опасные сексуальные практики

Риск может повышаться или понижаться в зависимости от действий партнеров (правильно ли использовался презерватив, использовался ли презерватив при каждом виде сексуальной активности, использовался ли презерватив от начала до конца проникновения). *Риск возрастает при увеличении числа партнеров и применяемых сексуальных практик.*

Ниже перечислены сексуальные практики в порядке снижения степени риска инфицирования ВИЧ:

- анальный секс с презервативом;
- вагинальный секс с презервативом;
- оральный секс с презервативом;
- прерванный оральный секс (без семяизвержения в рот);
- куннилингус через латексную салфетку (салфетка может быть сделана из презерватива, разрезанного вдоль);
- поцелуи «французские», «влажные» или «глубокие»;
- взаимная мастурбация.

Отсутствие риска/Безопасные виды сексуальной активности:

- поцелуи и ласки тела языком (при отсутствии орального контакта с инфекционно опасными жидкостями организма или открытыми повреждениями кожи);
- трение тела о тело (фроттаж);
- объятия/массаж тела;
- самостоятельная мастурбация;
- индивидуальное использование сексуальных игрушек;

- «сухой» поцелуй;
- фантазии, разговоры с прикосновениями друг к другу;
- другие виды сексуальной активности, при которых не происходит контактов с инфекционно опасными жидкостями: кровью, спермой и вагинальным секретом.

2.2.3. Дополнительные факторы, влияющие на передачу ВИЧ

Повторяющееся воздействие (контакт с жидкостями, содержащими ВИЧ) может стать дополнительным фактором, увеличивающим риск заражения.

Наличие у человека других ИППП, в особенности с язвенными проявлениями, значительно увеличивает риск заражения ВИЧ (так как заболевание ИППП сопровождается повреждением кожных покровов и слизистой, а также снижением иммунитета).

Неповрежденная кожа является надежной преградой на пути ВИЧ и других вирусов и бактерий.

Реципиент семенной жидкости подвергается большему риску заражения, чем инсертивный партнер. Это справедливо для любых ИППП. Однако сказанное не означает, что инсертивный партнер вообще не рискует.

Следует понимать, что перечисленные факторы не определяют заражения, а повышают риск передачи вируса. Вероятность заражения ВИЧ-инфекцией возрастает при сочетании различных факторов.

2.2.4. Передача ВИЧ при оральном сексе

В литературе по СПИДу серьезно обсуждается вопрос эффективности профилактических мероприятий, основанных на предположении, что риск, вне зависимости от ситуации, всегда несет в себе серьезную опасность. Практика показывает, что данный подход может привести к неожиданным результатам: столкнувшись с перспективой всю жизнь заниматься только безопасным сексом, люди оказываются настолько ею подавлены (ввиду отсутствия привычки, навыков, доступных презервативов), что способны полностью отказываться от каких-либо изменений в своем сексуальном поведении, в том числе и рискованном. В особой мере это распространяется на молодых людей. Специалисты пришли к заключению, что имеет смысл говорить о различной степени риска, присущей разным сексуальным практикам. В частности о том, что риск инфицирования при оральном сексе меньше, нежели риск при анальном и вагинальном контакте.

Зарегистрированы единичные случаи передачи ВИЧ при орально-генитальном контакте.

Незащищенный оральный секс представляет некоторую угрозу передачи ВИЧ, так как он предполагает контакт со спермой, вагинальным секретом и/или кровью. Риск при получении оральных ласк сравним с риском при «влажном» поцелуе, так как элементы передачи вируса те же (например, необходимо присутствие значительного количества крови в слюне). Риск инфицирования при предоставлении оральных ласк выше вследствие вероятности контакта с семенной или вагинальной жидкостью и, возможно, с кровью.

Считается, что оральная стимуляция ануса не представляет высокой угрозы инфицирования ВИЧ для рецептивного партнера, по причине отсутствия риска передачи вируса через слюну. Однако, так как во рту может присутствовать кровь, риск нельзя исключать полностью. Активный партнер также подвергается некоторому риску, так как есть вероятность присутствия крови или следов крови в кожных складках ануса. Важно помнить, что оральная стимуляция ануса может представлять угрозу передачи герпеса или паразитов, что может вызвать различные заболевания, повышающие риск ВИЧ-инфицирования.

Пример организации обсуждения темы «Оральный секс»

Клиент: Вы могли бы рассказать, какой риск представляет собой оральный секс?

Консультант: Вас интересует вопрос предоставления или получения оральных ласк?

Клиент: Предоставление мужчине.

Консультант: Это может быть рискованно. Вы опасаетесь, что уже подвергались риску?

Клиент: Да. Мой партнер ВИЧ-позитивный, и мы занимались оральным сексом.

Консультант: Степень риска зависит от того, был ли контакт со спермой. Если использовался презерватив, риск практически отсутствует.

Клиент: Нет, мы не использовали презерватив.

Консультант: Если контакт был прерван до эякуляции, то риск инфицирования значительно снижается.

Клиент: В данном случае контакт был с проглатыванием спермы.

Консультант: Да, в этом случае риск заражения существует... Я хотел(а) бы обратить ваше внимание на следующее обстоятельство: если в паре один партнер инфицирован, это не означает, что после орального секса другой партнер обязательно окажется инфицированным. Одно то, что человек был в контакте с вирусом, еще не означает, что он заразился. Понимаете? Это не всегда происходит автоматически.

Клиент: А есть зарегистрированные случаи заражения при оральном сексе?

Консультант: Да, есть зарегистрированные случаи инфицирования при оральном сексе. Конечно, оральный секс подвергает риску. Современные данные позволяют сказать, что он менее значителен, чем при незащищенном анальном или вагинальном сексе. Если вы действительно обеспокоены вероятностью инфицирования, лучший способ узнать результат наверняка — пройти тестирование.

Клиент: Да, я знаю.

Консультант: (Предоставьте основную информацию о тестировании и расскажите о том, где можно пройти тестирование на ВИЧ.) Мы можем также поговорить о способах снижения риска инфицирования. (Предоставьте информацию о профилактике.)

Обсуждение этих факторов риска может оказать помощь в поиске более реалистичного и, следовательно, более эффективного подхода к снижению риска инфицирования. Важно учитывать, что информация, полученная от консультанта, является лишь одним из многих факторов, которые в конечном счете определяют выбор человека в отношении своего сексуального поведения.

Слюна

Согласно мнению большинства исследователей, передача вируса даже при за-тяжном, глубоком поцелуе маловероятна. Незначительный риск присутствует только в том случае, если в слюне окажется значительное количество инфицированной крови.

В 1995 году было сделано сообщение об обнаружении в слюне протеина, который в пробирке препятствовал проникновению ВИЧ в белые кровяные клетки. Это открытие объясняет, почему не происходит передачи ВИЧ через поцелуй и почему столь редки случаи передачи вируса при оральном сексе²².

Влияние других заболеваний, передающихся сексуальным путем, на инфицирование ВИЧ

Статистические данные показывают, что наличие какой-либо инфекции, передающей половым путем (ИППП), с очагами или без, увеличивает риск инфицирования ВИЧ в три-пять раз²³.

Целостность слизистой оболочки и кожи гениталий является важным фактором защиты от инфекции. ИППП, сопровождающиеся появлением язв на половых органах (например, сифилис, генитальный герпес и шанкроид), могут способствовать передаче вируса. При ИППП, не вызывающих язв и повреждений (например, гонорея, хламидиоз и трихомониаз), имеются очаги воспаления в уретре, влагалище, прямой кишке. Нормальная физиологическая реакция подразумевает миграцию макрофагов и Т-лимфоцитов в очаг воспаления. Таким образом, возросшее количество инфицированных Т-лимфоцитов и макрофагов в генитальном тракте у ВИЧ-позитивного человека могут увеличить риск передачи ВИЧ.

Нет данных о сохранении риска ВИЧ-инфицирования в случае, если человек про-ходил лечение и излечился от ИППП. Все теории о влиянии других ИППП на увеличение подверженности человека инфицированию ВИЧ имеют в виду текущую инфекцию.

Пример организации обсуждения темы «Инфицирование ВИЧ»

Клиент: В каких ситуациях человек может заразиться ВИЧ?

Консультант: Человек может заразиться ВИЧ, когда происходит контакт с кровью, спермой или вагинальным секретом ВИЧ-позитивного партнера. Это возможно при незащищенном сексуальном контакте с ВИЧ-позитивным партнером, при совместном использовании игл или шприцев. Инфицированная мать может передать вирус ребенку во время беременности, родов или при кормлении грудью. Вас беспокоит что-либо из перечисленного или вы хотели обсудить другие ситуации?.. Я могу рассказать вам о некоторых методах профилактики. Хотите, чтобы я объяснил подробнее?

²² Руководство «Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию». — М.: СПИД-инфосвязь, 2000. С. 32.

²³ Там же.

Другие варианты ответов:

Консультант: Я постараюсь помочь. Не стесняйтесь останавливать меня и задавать интересующие вас вопросы. Заразиться ВИЧ гораздо сложнее, чем «подхватить» вирус простуды или гриппа. В отличие от них ВИЧ не летает по воздуху, не передается воздушно-капельным путем. Им нельзя заразиться, если находишься в одной комнате с инфицированным человеком, касаешься его или если пользуешься после него ванной, туалетом и т.д. Человек может заразиться только в результате действий, при которых происходит контакт с определенными жидкостями организма. Вы знаете о том, что это за жидкости?

Клиент: Да, я читал, что заразиться можно через кровь, сперму или вагинальный секрет, а также через грудное молоко.

Консультант: Да, вы правы. Именно поэтому инфицирование в основном происходит через сексуальные контакты с ВИЧ-инфицированным человеком или совместное использование игл и шприцев при инъекционном употреблении наркотиков. У вас есть вопросы относительно этих аспектов ВИЧ-инфекции?

Клиент: Как человек заражается СПИДом?

Консультант: Человек может заразиться ВИЧ-инфекцией, но не СПИДом. ВИЧ – вирус иммунодефицита человека – может передаваться при контакте с кровью, спермой или вагинальным секретом инфицированного человека. Вот почему секс с инфицированным человеком и совместное использование игл для инъекций являются основными путями заражения.

После этого, возможно, будет полезным объяснить разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

2.3. Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку

ВИЧ может перейти от женщины к ее ребенку во время беременности, родов или при кормлении грудью. Если не использовать методы профилактики, то вероятность передачи ВИЧ может составлять от 25 до 50%. При соблюдении всех компонентов профилактической программы риск передачи вируса может быть снижен до двух и менее процентов.

2.3.1. Заражение во время беременности (менее вероятно)

Вирус может проникнуть в кровоток плода через плаценту. Плацента, кроме всего прочего, защищает плод от различных инфекционных агентов, находящихся в материнской крови, в том числе и от ВИЧ. Однако если плацента воспалена или повреждена, она уже не так эффективно защищает плод.

2.3.2. Заражение во время родов (наиболее вероятно)

При прохождении младенца по родовому каналу (шейка матки, влагалище) его кожа соприкасается с кровью и влагалищными выделениями матери, которые содержат ВИЧ. Через слизистые, а также возможные ранки и ссадины на коже ребенка вирус может попасть в его организм.

При прохождении по родовым путям младенец может заглатывать материнскую кровь и влагалищные выделения. В этом случае есть вероятность попадания вируса в

организм через слизистые полости рта, пищевода и желудка, которые к этому времени еще не сформировались до конца и не могут служить барьером для инфекции.

2.3.3. Заражение во время грудного вскармливания (высокий риск, особенно при вскармливании более года)

ВИЧ проникает в молоко. Концентрация вируса в молоке ниже его концентрации в крови. На риск заражения влияют такие факторы, как длительность кормления грудью, а также наличие отягощающих факторов: мастит, абсцесс молочной железы. В среднем на долю грудного вскармливания приходится до 20% всех случаев перинатального инфицирования.

2.4. Бытовые контакты и вероятность передачи ВИЧ

2.4.1. Внешняя среда

Французские ученые под руководством Л. Монтанье выяснили, что ВИЧ не может жить вне жидкостей организма человека. Гиперконцентрации ВИЧ могут сохранять жизнеспособность в строго контролируемых и ограниченных лабораторных условиях, однако исследования, проведенные центрами по контролю заболеваемости (США) начиная с 1984 года, показали, что высыхание даже очень высоких концентраций вируса сокращает число контагиозных вирусов на 90—99% в течение нескольких часов²⁴. Концентрации вируса, используемые в лабораторных условиях, гораздо выше обнаруживаемых в реальных условиях в крови или других жидкостях. Следовательно, высыхание ВИЧ-инфицированной крови или других жидкостей организма сводит даже теоретический риск к нулю.

Также важно отметить, что ВИЧ не размножается вне организма человека, а точнее — вне живой клетки.

2.4.2. Бытовой контакт

Доказано, что ВИЧ не передается: при рукопожатиях, объятиях, социальных поцелуях, кашле и чихании; при пользовании общей посудой/столовыми приборами, полотенцами и постельным бельем; при совместном пользовании туалетами, душем, бассейном; при нахождении в одном помещении; через укусы насекомых и животных.

2.4.3. Травмы, полученные при занятиях спортом

Незначительный риск передачи ВИЧ может сопровождать занятия теми видами спорта, которые связаны с прямым контактом между участниками (например, боевые виды спорта), а также с возникновением кровотечения.

В случае травмы во время занятий спортом необходимо:

- прервать занятия;

²⁴ Руководство «Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию». С. 39.

- немедленно обработать участок кожи антисептиком (веществом, которое препятствует размножению бактерий, вирусов, грибов и простейших) и затем тщательно перевязать;
- кровь, оставшуюся на полу или в других местах, обработать хлоркой (уборку следует производить в латексных перчатках).

2.4.4. Домашний уход

Люди, контактировавшие с ВИЧ-инфицированными в домашних условиях, но не занимавшиеся с ними сексом и не использовавшие совместный инъекционный инструментарий, не могут быть инфицированы ВИЧ. Передача ВИЧ в таких условиях признана невозможной²⁵.

2.4.5. Контакт с мочой, фекалиями, гноем

Моча, гной и фекалии могут содержать кровь, а также представляют собой потенциальный источник других заболеваний, поэтому, если контакт произошел, следует промыть кожу мылом и теплой водой (если вода недоступна, протереть салфеткой с антисептическим раствором).

2.4.6. Укусы человеком

Очень маловероятно, чтобы человек был инфицирован в результате укуса. Государственным департаментом здравоохранения Флориды (США) описан единственный случай, когда взрослая ВИЧ-позитивная женщина с кровотечением из десен укусила взрослого мужчину, обширно повредив его кожные покровы и тем самым вызвав у него кровотечение. Впоследствии при тестировании было выявлено генетическое родство вируса женщины и ВИЧ, обнаруженного у мужчины.

Эта информация может вызвать тревогу в связи с возможностью укусов, например, среди детей в детских садах. В этой связи считаем необходимым напомнить, что природа укуса в описанном инциденте очень специфична и не похожа на природу укусов, которые случаются среди детей: последние редко вызывают кровотечения и повреждения кожи.

2.4.7. ВИЧ и животные

ВИЧ-инфекция не обнаружена ни у одного из живых существ, кроме человека. В этой связи риск заражения ВИЧ-инфекцией от животного отсутствует.

2.4.8. Укусы насекомых

Проведенные исследования не подтвердили предположений о передаче ВИЧ через укус насекомых — даже в районах с высоким уровнем распростра-

²⁵ Российский научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД. — Цит. по: Руководство «Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию». С. 33, 39.

ненности СПИДа и большим количеством насекомых (как, например, в Экваториальной Африке)²⁶.

Ученые исследовали механизм комариных укусов и обнаружили, что насекомое не вводит при укусе кровь предыдущей жертвы — оно вводит слюну.

Кроме того, ВИЧ не может размножаться вне клеток человека. Насекомые не являются переносчиками и вируса гепатита В, который содержится в крови в гораздо больших количествах.

Приложение II

²⁶ Руководство «Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию». С. 41—42.

Течение болезни

1. Что происходит, когда человек подвергается контакту с ВИЧ

Известно, что контакт с ВИЧ не всегда приводит к инфицированию. В свою очередь, инфицирование ВИЧ не обязательно в скором времени приведет к развитию СПИДа. На схеме показано, что происходит в организме человека при контакте с ВИЧ.



Воздействие и инфицирование

Воздействие происходит, когда человек вступает в контакт с так называемым инфекционным материалом. Но контакт с ВИЧ не всегда означает заражение. Последнее зависит от количества вируса, попавшего в организм, особенностей иммунной системы человека и других факторов.

Заражение может произойти, если инфицирован один из сексуальных партнеров. Но люди могут не знать о своем ВИЧ-статусе. В этой связи представляется особенно актуальным наличие предварительной договоренности между партнерами об использовании методик безопасного секса.

2. Период инфицирования

Человека следует считать инфицированным с момента предполагаемого опасного воздействия, но достоверный диагноз может быть поставлен только по результатам тестирования на ВИЧ.

Проведенные исследования указывают, что наиболее высокий риск инфицирования других людей приходится на период, непосредственно следующий за инфицированием (продолжительность периода — около полугода). В это время риск может быть в 100—1000 раз выше, чем в «бессимптомном периоде». Развитие ВИЧ-инфекции во многом сходно с развитием таких инфекций, как грипп или ветряная оспа, — они наиболее заразны до появления антител к вирусу.

3. Период выработки антител («период окна»)

Сегодня наиболее распространенным методом выявления ВИЧ являются тесты на наличие антител. Организму требуется некоторое время, чтобы в ответ на проникновение вируса выработать антитела. Временной промежуток между инфицированием и производством достаточного для обнаружения количества антител называется периодом «сероконверсии» или «периодом окна». У подавляющего большинства ВИЧ-инфицированных людей достаточное для обнаружения количество антител образуется в течение первых трех месяцев после инфицирования (в среднем 25 дней). В очень редких случаях этот период может длиться до шести месяцев.

4. Инкубационный период

Инкубационный период — это время от момента инфицирования до момента появления клинических симптомов острой стадии ВИЧ-инфекции. Но у некоторых людей стадия острой ВИЧ-инфекции может протекать без клинических проявлений, переходя в стадию бессимптомной инфекции, когда уже определяются антитела.

Сейчас среди специалистов по ВИЧ не принято употреблять термин «инкубационный период», так как он применим в основном по отношению к острым инфекциям, а не к хроническим, каковой является ВИЧ-инфекция.

5. Прогноз для людей, живущих с ВИЧ

Период от момента инфицирования до проявления клинических симптомов и последующей постановки диагноза СПИДа может продолжаться несколько лет (без при-

менения АРВ-терапии в среднем 10—13 лет). У небольшой части ВИЧ-инфицированных клинических проявлений может не наблюдаться на протяжении 15 и более лет.

На скорость прогрессирования болезни могут влиять такие факторы, как состояние иммунной системы человека, его возраст, образ жизни, наличие сопутствующих заболеваний (например, туберкулеза или сифилиса).

В настоящее время существуют медикаменты, способные снизить темп развития ВИЧ-инфекции, — это антиретровирусные препараты. Другие препараты могут предотвратить или вылечить некоторые оппортунистические заболевания. Ранняя диагностика дает больше возможностей для профилактики и лечения. Поэтому для человека, живущего с ВИЧ, важно оставаться хозяином положения и своей жизни. В этом ему поможет информация о развитии ВИЧ-инфекции, о значении результатов анализов, о способах поддержания своего здоровья, о новых лекарственных препаратах и методах лечения.

Приложение III

1. Лабораторные тесты и их результаты

Диагностика ВИЧ-инфекции представляет собой комплексный процесс, основанный на данных лабораторного, клинического и эпидемиологического обследований. В настоящее время наиболее распространенным способом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является исследование образца крови.

Лабораторные тесты для диагностики ВИЧ можно разделить на:

- **непрямые** (устанавливающие наличие в организме человека не самого вируса, а антител к нему);
- **прямые** (устанавливающие наличие в организме определенных белков, составляющих неотъемлемую часть вируса, таких как белки вирусной оболочки или вирусная РНК).

Первая группа тестов — **серологические**:

Иммуноферментный анализ (ИФА или ELISA в английской транскрипции): определение антител к ВИЧ и р24 антигена.

Иммуноблот (ИБ): определение антител к белкам ВИЧ.

Вторая группа тестов — **молекулярные** (ПЦР). С их помощью определяют качественное и количественное содержание РНК или ДНК вируса, устойчивость ВИЧ к различным лекарственным препаратам.

2. Иммуноферментный анализ (ИФА)

Этот относительно недорогой тест имеет широкое распространение в большинстве стран.

Результат ИФА может быть позитивным или негативным. Негативный результат означает, что в данной пробе крови не обнаружено антител к ВИЧ.

Современные ИФА-тесты являются высокочувствительными методами диагностики — до 99,8%. Иными словами, если в организме человека есть то, на что реагирует тест, вероятность наличия инфекции составляет 998 случаев из 1000.

Другая не менее важная характеристика теста — его специфичность: вероятность того, что в случае, когда он дает положительную реакцию, он реагирует именно на антитела к ВИЧ. Последние поколения тестов ИФА высокоспецифичны. При специфичности теста 99,8% вероятность того, что человек с положительным результатом теста на ВИЧ является ВИЧ-инфицированным, составляет 998 из 1000. В тех случаях, когда тест оказывается положительным, а человек не инфицирован ВИЧ, говорят о ложноположительном тесте.

те. Следует сказать, что качество ИФА-тестов может варьироваться; иногда специфичность теста составляет 98%, и в таком случае риск ложноположительных результатов возрастает до 20 из 1000. Необходимо также отметить, что некоторые заболевания и состояния сопряжены с риском появления антител, похожих на антитела к ВИЧ, что снижает их специфичность и ведет к ложноположительным результатам теста на ВИЧ.

Ложноположительные результаты теста теоретически возможны в следующих случаях:

- у беременных женщин, особенно если это первая беременность;
- при почечной недостаточности;
- у реципиентов крови или у людей, перенесших пересадку органов (за исключением пересадки собственной кожи);
- у больных раком и некоторыми аутоиммунными заболеваниями (например, ревматическим артритом).

Поэтому положительный результат теста ИФА всегда должен быть подтвержден другими тестами.

3. Вестерн блот (иммуноблот)

Чаще всего в качестве подтверждающего теста выбирают ИБ – тест, также выявляющий в крови антитела к ВИЧ. Это второй по распространенности тест для исследования на ВИЧ. Но так как это достаточно сложный в постановке и достаточно дорогой тест, обычно его используют для подтверждения положительных результатов ИФА.

ИБ может иметь три результата: положительный, отрицательный и неопределенный. Специфичность и чувствительность иммуноблота составляет 99,9%. Это означает, что его результаты в подавляющем большинстве случаев соответствуют истине.

Негативный результат ИБ говорит о том, что антител к ВИЧ не найдено. Если после положительного результата ИФА-теста ИБ показывает негативный результат, это значит, что результат ИФА-теста был ложноположительным.

Положительный результат ИБ говорит о том, что в пробе крови присутствуют специфические антитела к ВИЧ (gp120 или gp160, gp41 и p24), то есть человек, сдавший кровь, ВИЧ-инфицирован.

Ложноположительные и ложноотрицательные результаты ИБ возможны, но их вероятность крайне мала и составляет 1—5 на 100 000. Ложные реакции ИБ чаще всего связаны с нарушением технологии постановки теста. Неопределенным считается результат, когда у клиента выявляется наличие менее двух из перечисленных выше специфических антител. Это может произойти в случае, если:

- клиент инфицирован ВИЧ, но в организме еще нет достаточного количества антител;
- клиент не инфицирован, но в организме имеются сходные с антителами к ВИЧ компоненты;
- у клиента — СПИД (иммунная система значительно ослаблена и уже не способна производить достаточное количество антител).

Обычно при неопределенном результате ИБ клиенту предлагают пройти повторное тестирование через две недели, один месяц, три месяца и шесть месяцев. Стабильный неопределенный результат в течение шести месяцев (при отсутствии клинических проявлений) говорит о том, что человек не инфицирован.

4. Полимеразная цепная реакция (ПЦР)

ПЦР позволяет определять наличие вирусных компонентов РНК или ДНК в клетке. Чувствительность и специфичность этого теста ниже тех, которые были указаны для ИФА-тестов и иммуноблотинга. ПЦР также является высокотехнологичным тестом, и малейшее нарушение методики его проведения может повлиять на результат. В связи с этим он пока не может быть рекомендован в качестве «золотого» критерия для постановки и подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции. В то же время тест ПЦР крайне полезен в следующих случаях:

- определение наличия/отсутствия ВИЧ в «период окна»;
- количественное измерение вирусных частиц в плазме (вирусная нагрузка);
- определение ВИЧ-статуса детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, в возрасте до 18 месяцев.

5. Алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции

Биообразец — сыворотка крови.

I этап — **скрининговый**: используются скрининговые тест-системы. Метод исследования — ИФА.

При получении двух положительных результатов сыворотку передают на подтверждающий этап.

II этап — **подтверждающий**: используются экспертные тест-системы (тесты, рекомендованные ВОЗ). Метод исследования — ИФА.

При подтверждении положительного результата сыворотку передают на экспертный этап.

III этап — **экспертный**: используется подтверждающий тест. Метод исследования — иммуноблот (ИБ).

Медицинское наблюдение

Дополнительные виды исследований для ВИЧ-инфицированных клиентов

Диагностические тесты (ИФА, ПЦР) для выявления СПИД-индикаторных инфекций: оксоплазма, цитомегаловируса, вирусов простого герпеса, гепатитов В и С. При положительных результатах проводят дополнительные исследования и в случае необходимости назначают лечение выявленных инфекций.

Иммунологическое обследование. Одним из наиболее важных является исследование таких характеристик иммунного статуса, как число CD4+ клеток (клеток Т-хелперов) в крови. Этот тест дает врачу важную информацию о состоянии иммунной системы ВИЧ-инфицированного и о том, какое влияние на нее оказывает ВИЧ.

В норме у взрослых число CD4+ лимфоцитов составляет около 700—1200 в мм³. Иммунодефициты, приводящие к снижению CD4+ клеток, бывают наследственными и приобретенными. Приобретенные иммунодефициты могут возникать по причине ВИЧ-инфекции, из-за перенесенных вирусных инфекций (грипп, мононуклеоз, краснуха и др.) и в качестве побочных эффектов применения некоторых лекарств. Эффективность иммунного ответа может также уменьшаться после переливания крови, хирургических операций, недостаточного питания и стресса. После устранения причин временного снижения иммунного статуса число CD4+ клеток обычно возвращается к норме.

ВИЧ-инфицированные клиенты должны обсуждать результаты лабораторных исследований со своим врачом. Проводить диагностику заболевания и объяснять результаты теста могут только компетентные специалисты.

Приложение
V

Влияние лечения на течение ВИЧ-инфекции

Поиск эффективных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции — одна из самых актуальных задач современной медицины. Существующие лекарственные препараты не могут излечить это заболевание, но способны снизить скорость или остановить его прогрессирование.

Терапия несколькими препаратами (комбинированная терапия), предотвращающими реализацию разных этапов процесса размножения вируса, позволила перевести ВИЧ-инфекцию в разряд хронических заболеваний.

Цель терапии — подавление количества вируса в организме до минимального уровня.

Решение о начале антиретровирусной терапии должно быть принято врачом совместно с пациентом.

Антиретровирусная терапия (АРТ) является неотъемлемой и важнейшей частью комплексной терапии ВИЧ-инфекции, которая включает также лечение и профилактику оппортунистических инфекций, патогенетическую, симптоматическую, общеукрепляющую терапию и психосоциальную поддержку.

При правильном применении существующих схем терапии ВИЧ-инфицированный человек может многие годы сохранять хорошее самочувствие, физическую и социальную активность.

Оппортунистические заболевания

В течении ВИЧ-инфекции наступает момент, когда снижение иммунитета делает возможным развитие оппортунистических заболеваний. Термин «оппортунистический» (приспосабливающийся, пользующийся случаем) подчеркивает, что они развиваются в случаях иммунной депрессии.

Оппортунистические заболевания имеют инфекционную и неинфекционную природу. Инфекции могут быть вызваны бактериями, вирусами, грибами, простейшими. Неинфекционные процессы чаще всего представляют собой различные опухоли (лимфомы).

Для Российской Федерации в причинах смертности ЛЖВ лидируют такие оппортунистические заболевания, как туберкулез, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз. Причем туберкулез занимает лидирующее положение в структуре оппортунистических заболеваний.

Законы и подзаконные акты о ВИЧ-инфекции

О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (редакция, действующая с 1 января 2005 года). (Федеральный закон РФ от 30.03.1995 № 38-ФЗ)

Инструкция по противозидемическому режиму лаборатории диагностики СПИД.

О продолжительности рабочего дня медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, научных сотрудников, лаборантов и др. сотрудников НИИ, обеспечивающих диагностику и обслуживание больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных, а также работников предприятий, занятых работой с вирусом СПИД и материалом, инфицированным ВИЧ. (Письмо МЗ СССР от 26.07.1990 № 05-14/14-14)

О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ. (Приказ МЗ РФ от 16.08.1994 № 170)

О перечне работников, проходящих обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции. (Письмо ФФ ОМС РФ от 22.09.1995 №3-1630)

О рабочем времени и отпусках работников, осуществляющих диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работающих с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека. (Письмо МЗиМП РФ от 07.10.1996 № 2510/4429-96-27)

О реализации постановления Правительства РФ от 13.10.1995 № 1017. (Приказ Государственного комитета санэпиднадзора РФ от 27.10.1995 № 111)

О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ. (Приказ МЗиМП РФ от 30.10.1995 № 295)

Об утверждении требований к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции, предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в РФ на срок свыше трех месяцев. (Постановление Правительства РФ от 25.11.1995 № 1158)

О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей. (Постановление Правительства РФ от 03.04.1996 № 391)

О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выделение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). (Приказ МЗ РФ от 25.04.1996 № 168)

О мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции. (Приказ МВД РФ от 05.05.1996 № 237)

О государственных единовременных пособиях работникам предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, осу-

ществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, в случае заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей и членам семей работников указанных категорий в случае их смерти. (Постановление Правительства РФ от 20.06.1997 № 757)

О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. (Приказ МЗ РФ от 06.10.1998 № 290)

Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения (извлечение). (Приказ МЗ РФ от 15.10.1999 № 377)

О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИДом. (Приказ МЗ РФ от 07.08.2000 № 312)

Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в РФ. (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.04.2001 № 7)

Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека. (Приказ МЗ РФ от 30.07.2001 № 292)

О родах у ВИЧ-инфицированных женщин. (Письмо МЗ РФ от 27.06.2002 № 2510/6468-02-32)

Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в РФ. (Постановление Министерства здравоохранения РФ, главного государственного санитарного врача РФ от 29.08.2002 № 28)

Об утверждении временной отчетной формы № 61-ТВ «Сведения о состоянии контингентов больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией». (Приказ МЗ РФ от 30.12.2002 № 412)

О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности (извлечение). (Постановление Правительства РФ от 14.02.2003 № 101)

О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в РФ. (Постановление Правительства РФ от 02.04.2003 № 188)

Об утверждении списка заболеваний, препятствующих работе в представительстве РФ за границей (извлечение). (Постановление Правительства РФ от 10.04.2003 № 208)

О внедрении в практику работы службы крови в РФ метода карантинизации свежезамороженной плазмы. (Приказ МЗ РФ от 07.05.2003 № 193)

О создании Координационного совета Минздрава России по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в РФ. (Приказ МЗ РФ от 09.06.2003 № 235)

Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. (Приказ МЗ РФ от 16.09.2003 № 442)

О создании Национального совета по участию РФ в Глобальном фонде. (Приказ МЗ РФ от 31.10.2003 № 528)

Об утверждении учетной формы № 263/У-ТВ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией». (Приказ МЗ РФ от 3.11.2003 № 547)

Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ. (Приказ МЗ РФ от 19.12.2003 № 606)

Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в РФ. (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 14.01.2004 № 2)

Об утверждении временной учетной формы № 313/у «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины». (Приказ МЗ РФ от 19.01.2004 № 9)

О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью (извлечение). (Постановление Правительства РФ от 06.02.2004 № 54)

Об утверждении стандарта медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией. (Приказ МЗиСР РФ от 13.08.2004 № 77)

О создании Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Министерства здравоохранения и социального развития РФ. (Приказ МЗиСР РФ от 19.10.2004 № 166)

Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (извлечение). (Распоряжение Правительства РФ от 21.10.2004 № 1344-р)

Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих. (Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715)

Список аббревиатур

АЗТ	– азидотимидин (зидовудин).
АРВ	– антиретровирусная терапия.
АТ	– антитела.
ВААРТ	– высокоактивная антиретровирусная терапия.
ВБ	– вестерн блот.
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека.
ВИЧ-позитивный	– человек, у которого обнаружены антитела к ВИЧ. Это дает основание предполагать, что человек ВИЧ-инфицирован.
ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения.
ГИ	– герпетическая инфекция.
ИППП	– инфекции, передающиеся половым путем.
ИБ	– иммуноблот.
ИФА	– иммуноферментный анализ.
ЛЖВ	– люди, живущие с ВИЧ.
МСМ	– мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами.
МЦПС	– Международный центр программ помощи и лечения при СПИДе.
НПО	– неправительственная организация.
ОАК	– общий анализ крови.
ОИ	– оппортунистические инфекции.
ПГЛ	– персистирующая генерализованная лимфоаденопатия.
ПИН	– потребители инъекционных наркотиков.
ПЦР	– полимеразная цепная реакция.
СПИД	– синдром приобретенного иммунодефицита. Синдром — набор определенных проявлений болезни — симптомов. СПИД развивается у людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией, и является последней стадией этой болезни.
ТБ	– туберкулез.
ТД	– Телефон доверия — служба экстренной анонимной психологической помощи по телефону.

Список
аббревиатур

Библиография

1. J. G. Bartlett, 'Medical Management of HIV Infection', Hopkins University, 1999.
2. S. Blanche, C. Rouzioux, M.L. Moscato, et al., 'A prospective study of infants born to women seropositive for human immunodeficiency virus type 1. HIV Infection in Newborns French Collaborative Study Group', *N.Engl.J.Med*, 320:1643-8 (1989).
3. W. Bounds, 'Female condoms', *Eur J Contracep Reprod Health Care*, 2:113-6(1997).
4. S.P. Buchbinder, MH Katz, NA Hessel, PM O'Malley, and SD Holmberg, 'Long-term HFV-1 infection with immunologic progression', *AIDS*, 8:1123-28(1994).
5. E.M. Carlin, FC. Boag, 'Women, contraception, and STDs including HIV', *Int.JSTD. AIDS*, 6: 373-386 (1995).
6. CDC, '1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults', *MMWR*, 17(1992).
7. CDC, '1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases', *MMWR*, 47 (RR-1): 1-116 (1998).
8. CDC, 'Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection' (August 2000).
9. CDC, 'Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)' *MMWR* 40(RR-13) (1991).
10. CDC, 'HIV/AIDS Surveillance Report', Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services (1999).
11. CDC, 'Interpretation and use of the Western blot assay for serodiagnosis of human immunodeficiency virus type 1 infections', *MMWR*, 1989, 38 (suppl 7): 4-6.
12. CDC, 'Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy', *MMWR*, 47: RR-17:1-14 (1998).
13. CDC, 'Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)', *MMWR*, 48(RR-4) (1999).
14. CDC, 'Prevention of hepatitis A through active or passive immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)', *MMWR*, 45(RR-15) (1996).
15. CDC, 'Public Health Service guidelines for the management of healthcare worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis', *MMWR* 47:1-34 (1998).
16. Centers for Disease Control, *MMWR*, 37:183-186 (1998).
17. 'Clinical Immunology'. Ed. by Brostoff J., Scadding O.K., Male D.K., Roitt I.M. *Gower Medical Publ.* (1991).
18. E.G. Consten, van Lanschot, EC. Henny, J.G. Tinnemans, and van der Meet 'A prospective study on the risk of exposure to HIV during surgery in Zambia', *AIDS*, 9: 585-8 (1995).
19. European Collaborative Study, 'Risk factors for mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet*, 339:1007-1012 (1992).
20. European Collaborative Study, 'Vertical transmission of HIV-1: maternal immune status and obstetric factors'. *AIDS*, 10:1675-1681(1996).

21. 'European Mode of delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial'. *Lancet*, 353:1035—9 (1999).
22. P. M. Garcia, L.A. Kalish, J. Pitt, et al. 'Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type-1 RNA and the risk of perinatal transmission'. *N.Engl.J.Med.*, 341: 394-402 (1998).
23. J. J. Goegert et al. 'High risk of HIV-1 infection for first born twins', *Lancet*, 338:1471-1475(1991).
24. W. R. Grady, D.H. Klepinger, A. Nelson-Wally. 'Contraceptive characteristics: the perceptions and priorities of men and women', *Fam. Plann. Perspect.*, 31: 168-75 (1999).
25. L. A. Guay, P. Musoke, T. Fleming, et al. 'Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda. HFVNET 012 randomised trial'. *Lancet*, 354: 795-802 (1999).
26. M. Gwinn, P.M. Wortley. 'Epidemiology of HIV infection in women and newborns', *Clin. Obstet. Gynecol.* 39:292—304 (1996).
27. D. R. Henrad, J.F. Phillips, L.R. Muenz, et al. 'Natural history of HIV-1 cell-free viremia'. *JAMA*, 274: 554-8 (1995).
28. 'HIV and Its Transmission. Centers for Disease Control and Prevention', <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/transmission.htm>
29. E. Hooper. 'The River: A Journey Back to the Source of HIV and AIDS' (*The Penguin Press*, 1999).
30. D. J. Hu, T.J. Dondero, M.A. Rayfield, et al. 'The emerging genetic diversity of HIV The importance of global surveillance for diagnostics, research, and prevention'. *JAMA*, 275: 210—6 (1996).
31. International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N. Eng. Med.*, 1999; 340: 977-87.
32. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) — World Health Organization. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody test. *Weekly Epidemiol., Rec.*, 1997; 72: 81—88.
33. Julie Louise Gerberding. 'Occupational exposure to HIV in health care settings', *N. Engl. J. Med.*, 348 (9):826-833 (2003) .
34. J. O. Kahn, B. D. Walker. 'Acute human immunodeficiency virus type 1 infection', *N. Engl. J. Med.*, 339: 33-9 (1998).
35. E. H. Kaplan, R. Heimer. 'A model-based estimate of HIV infectivity via needle sharing'. *JAWS*, 5:1116-8 (1992).
36. C. Kind, C. Rudin, C.A. Siegrist, at al. 'Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective Caesarean section and Zidovudine prophylaxis', *AIDS*, 12:205-10 (1998).
37. M. M. Kitahata, T.D. Koepsell, R.A. Deyo, C.L. Maxwell, W.T. Dodge, E.H. Wagner. 'Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patients' survival', *N. Engl. J. Med.*, 334:701—6 (1996).
38. M. Laga, A. Manoka, M. Kivuvu, et al. 'Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HFV-1 transmission in women: results from a cohort study'. *AIDS*, 7:95-102 (1993).
39. S. H. Landesman et al. 'Obstetrical factors and the transmission of HIV 1 from mother to child'. *N. Engl. J. Med.*, 334: 1617-1623 (1996).

40. M. J. Lee, R. J. Hallmark, L. M. Frenkel, Del Priore G. 'Maternal syphilis and vertical transmission of human immunodeficiency virus type-1 infection'. *Int. J. Gynaecol. Obstet*, 63:247—52 (1998).
41. A. R. Lifson, P. M. ОнМаПей, N. A. Hessel, et al. 'HFVseroconversion in two homosexual men after receptive oral intercourse with ejaculation: implications for counseling concerning safe sexual practices', *Am. J. Public Health* 80: 1509-11(1990).
42. C. H. Lotz, W. Kreuz, M. Funk, et al. 'Bisherige Impfergebnisse bei HIV-mfizierten Kindern mit und ohne IVIG-Therapie', 3 Deutscher AIDS-Kongr., 1990, Abst, 34.
43. E. G. H. Lyall, M. Blott, A. deRuiter, et al. 'Guidelines for management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother to child transmission', *HIV Medicine*, 74:6984—91 (2001).
44. W. D. Lyman. 'Perinatal AIDS: drugs of abuse and transplacental infection'. *Adv. Exp. Med. Biol.*, 335:211-17(1993).
45. L. Mandelbrot, J. Le Chenadec, A. Berrebi, et al. 'Perinatal HIV-1 transmission: interaction between Zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French perinatal cohort', *JAMA*, 280:55—60 (1998).
46. T. D. Mastro, I. de Vincenzi. 'Probabilities of sexual HFV-1 transmission', *AIDS*, 10 (Suppl. A): S75-82 (1996).
47. P. B. Matheson, et al. Association of maternal drug use during pregnancy with mother-to-child transmission. *AIDS*, 11(7): 941—942 (1997).
48. W. McFarland, D. Mvere, W. Shandera, and A. 'Reingold. Epidemiology and prevention of transfusion-associated human immunodeficiency virus transmission in sub-Saharan Africa', *Vox Sang*, 72:85—92 (1997).
49. P. Monini, A. Rotola, L. DeLellis, et al. 'Latent BK virus infection and Kaposi's sarcoma pathogenesis'. *Int. J. Cancer*, 66:717—22 (1996).
50. MSF-H Ukraine: Treatment, care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS. Prepared by Dave Burrows (July 2000).
51. A. Munoz, A. J. Kirby, Y. D. He, et al. 'Long-term survivors with HIV-1 infection: incubation period and longitudinal patterns of CD4+ lymphocytes', *J. Acq. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol*, 8: 496—505 (1995).
52. S. O'Shea, et al. 'Maternal viral load, CD4 cell count and vertical transmission of HIV-1', *J. Med. Virol*, 54(2): 113-117 (1998).
53. Patric G. Yeni etc. 'Antiretroviral Treatment for Adult HIV Infection in 2002'. *JAMA*, Vol. 288: 2 (July 10, 2002).
54. W. A. Paxton, and S. Kang. 'Chemokine receptor allelic polymorphisms: relationships to HIV resistance and disease progression'. *Semin. Immunol.*, 10: 187-94 (1998).
55. Perinatal HIV Guidelines Working Group, 2000.
56. F. A. Plummer, J. N. Simonsen, D. W. Cameron, et al. 'Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1'. *J. Infect. Dis.*, 163: 233-9 (1991).
57. F. A. Plummer. 'Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV): interactions of conventional sexually transmitted diseases, hormonal contraception and HIV-1'. *AIDS Res Hum Retroviruses*, 14 (Suppl. I):5-10(1998).
58. Preventing the transmission of HIV among drug abusers. A position paper of the United Nations System. *Annex to the Report of 8th Session of ACC Subcommittee on Drug Control*, 28—29 September 2000.
59. T. C. Quinn. 'Global burden of the HIV pandemic'. *Lancet* 348: 99-106 (1996).

60. J.D. Rich, N.A. Merriman, S.E. Mylonakis, T. Greenough, T. Flanigan. 'Misdiagnosis of HIV infection by HIV-1 plasma viral load testing: a case series', *Intern. Med.*, 130: 37-9 (1999).
61. E.M. Rodriguez, L.M. Mofenson, B.H. Chang, et al. 'Association of maternal drug use during pregnancy with maternal HIV culture positivity and perinatal HIV transmission', *AIDS*, 10:273-82 (1996).
62. R.A. Royce, A. Sena, W. Jr. Gates, and M.S. Cohen. 'Sexual transmission of HIV', *N.Engl.J.Med.*, 336:1072-8 (1997).
63. M.C. Samuel, N.Hessol, S. Shiboski, et al. 'Factors associated with human immunodeficiency virus seroconversion in homosexual men in three San Francisco cohort studies, 1984 c 1989', / *Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 6: 303-12 (1993).
64. N. Shaffer, R. Chuachoowong, PA. Mock, et al. 'Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial'. *Lancet*, 353: 773-80 (1999).
65. R. Sperling, et al. 'Maternal plasma HIV-1 RNA and the success of zidovudine in the prevention of mother-to-child transmission', *Third International Conference on retroviruses and Opportunistic Infections. Washington, DC, 1996, Abstract LB1*.
66. G. Stein. 'Acquired Immune Deficiency Syndrome: Biological, Medical, Social and Legal Issues'. 3-d.ed., New Jersey, Prentice Hall (1988).
67. M.C. Steinhoff, B.S. Auerbach, K.E. Nelson et al. *N. Engl. J. Med.*, 325:1837-1842(1991).
68. P. Stratton, N.J. Alexander. 'Prevention of sexually transmitted infections; physical and chemical barrier methods'. *Infect Dis Clin N Am* 7: 841-59 (1993).
69. D.M. Thea, et al. 'The effect of maternal viral load on the risk of perinatal transmission of HIV-1'. *AIDS*, 11: 437-444 (1997).
70. P. Tovo, et al. 'Mode of delivery and gestational age influence perinatal HIV-1 transmission'. *J Acquir Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol*, 343: 390-391(1996).
71. B.J. Turner et al. 'Cigarette smoking and maternal-child HIV transmission'. *J Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol*, 14:327-337 (1997).
72. US Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection (June 25, 2003).
73. US Public health service. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents (February 4, 2002).
74. USPHS/ISDA Guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus: a summary. United States, July 1995, *MMWR*, 44 (RR-8) (1995).
75. USPHS/ISDA Guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus. *MMWR*, 48:1-67 (1999).
76. E. Vittinghoff, J. Douglas, F Judson, et al. 'Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners'. *Am. J. Epidemiol.*, 150: 306-11 (1999).
77. N.A. Wade, G.S. Birkhead, B.L. Warren, et al. 'Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus', *N. Engl. J. Med.*, 339: 1409-14 (1998).
78. M.P. Webber, E.E. Schoenbaum, M.N. Gourevitch, et al. 'Temporal trends in the progression of human immunodeficiency virus disease in a cohort of drug users'. *Epidemiol*, 9: 613-17 (1998).
79. Шевелев АС. СПИД — загадка века. М., 1991.

80. Давыдова А. А., Мебель Б. Д., Кучеренко Ю. Н. СПИД. Современные представления. СПб., 2002.
81. Заявление ЮНЭЙДС, сделанное на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по наркотическим средствам. Комитет полного состава. Нью-Йорк, 9 июня 1998 г. Сборник примеров передового опыта ЮНЭЙДС. Женева, ЮНЭЙДС, 1999.
82. Иммунология инфекционного процесса / Под ред. В.В. Покровского и др. М., 1994.
83. Иммунология / Под ред. У. Пола. М., 1987.
84. Клиническая иммунология./ Под ред. АВ. Караулова. М., 1999.
85. Коровина Г. И. ПЦР-диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами // Медицинская кафедра, т. 4, 2002.
86. Кулаков В. И., Баранов И. И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку. М., 2003.
87. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология/ Под ред. Л.В. Борисова и А.М. Смирновой. М.: Медицина, 1994.
88. Методические рекомендации по организации ЦСО в ЛПУ. МЗ СССР от 21.12.89.
89. Онищенко Г. Г. Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжается // Вакцинация и ВИЧ-инфекция, март-апрель, 2001, № 2 (14).
90. Папуашвили М. Н. Клинико-эпидемиологический анализ ВИЧ и оппортунистических инфекций. Алгоритмы диагностики и прогнозирования // Иммунопатология, аллергология, инфектология, 2002, № 4.
91. Папуашвили М. Н. Современная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции и проблемы, связанные с ней // Аллергология и иммунология, 2002, № 3.
92. Покровский В. В. и соавт. Клиническая диагностика ВИЧ-инфекции. Практическое руководство. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.
93. Покровский В. В., Ладная Н. Н. и др. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2001, № 1.
94. Приказ № 408 МЗ СССР от 12.07.89 «Предупреждение профессиональных заражений».
95. Приказ № 220 МЗ СССР от 17.09.93 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации».
96. Приказ МЗ РК № 404 от 15.08.1997 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в республике».
97. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.06.2001 № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
98. Рахманова А. Г. Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции. СПб., 2001.
99. Фаучи Э., Лэйн Л. ВИЧ-инфекция и СПИД: глава 308 из книги «Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону». М.: Практика, 2002.
100. Хаитов Р. М. Из истории открытия ВИЧ // Вакцинация и ВИЧ-инфекция, 2001, № 2 (14).
101. Шабашова Н. В. Лекции по клинической иммунологии. СПб., 1998.
102. Шипулин А. Г., Саркисян К. А., Богословская Е. В. и др. Место ПЦР в диагностике ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни, 1998, № 5.
103. Заявление о политике тестирования и консультирования на ВИЧ. Женева, ЮНЭЙДС, 1997.
104. Технический обзор ЮНЭЙДС: Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). Женева, 2000.
105. Руководство «Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию». М.: СПИД инфосвязь, 1997.

106. ВИЧ при беременности. Обзор. WHO/ЮНЭЙДС, 1999.
107. Руководство по ВИЧ-консультированию, тестированию и направлению к специалистам. — CDC, 1994.
108. Пересмотренное руководство по ВИЧ-консультированию, тестированию и направлению к специалистам. CDC, 1997.
109. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999.
110. Материалы семинара ЮНЭЙДС «Добровольное консультирование и тестирование». М., 2000.
111. Procaska & Diclemente, Towards a comprehensive model of change. In: Millir W.R. & Heather N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviours, Processes of Change* (1996).
112. Заявление «Консультации по тестированию и консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции». Женева, 16—18 ноября 1992 г. (документ WHO/GPA/INF/93. 2).
113. Основные направления консультирования доноров крови по вопросам ВИЧ-инфекции (документ WHO/GPA/TCO/HCS/94. 2).
114. Профилактика ВИЧ и уход: модули по обучению младшего и среднего медицинского персонала (документ WHO/GPA/CNP/ TDM/93. 3).
115. Жизнь в сообществе со СПИДом (документ WHO/GPA/ 1DS/HCS/92. 1. Ред. 1).
116. An orientation to HIV/AIDS counselling: A guide for trainers. WHO-SEARO. New Delhi (1994).
117. Основные направления клинического менеджмента в отношении ВИЧ-инфекции у взрослых (документ WHO/GPA/IDS/ HCS/91. 6).
118. Основные направления клинического менеджмента в отношении ВИЧ-инфекции у детей (документ WHO/GPA/IDS/HCS/93. 3).
119. Настольная книга по уходу за больными СПИДом (документ WHO/GPA/ IDS/HCS/93. 2).
120. Тренировка навыков консультирования по подростковой сексуальности и репродуктивному здоровью (документ WHO/ADH/93. 3).
121. Модуль тренировочного курса по ВИЧ/СПИДу и социальной поддержке менеджмента Программы NAP (1993).