

**Министерство образования и науки
Российской Федерации**

**ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
Под редакцией Л. М. Шипицыной

**Москва – Санкт-Петербург
2007**

Авторы: **Шипицына Л. М.** – д.б.н., проф., заслуж. деят. науки РФ;
Шпиленя Л. С. - д.м.н., проф.;
Посохова С. Т. - д.пс.н., проф.; **Гусева Н. А.** - к.пс.н.; **Башкина Ю. Д.** – ст.препод., психолог; **Муралова А.В.**, ст. препод., психолог, **Солнцева Н. Е.** – доцент., психолог.

Рецензенты: **Иванов Е. С.** - д.м.н., проф. (СПбГУ)
Вартанян И. А. - д.б.н., проф. (СПбГУ)

Профилактика ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в образовательной среде: Учебное пособие / Под ред. Л. М. Шипицыной. – М., 2007.

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

© Шипицына Л. М., науч. ред., 2007

© Коллектив авторов, 2007

Оглавление

Оглавление.....	3
Введение.....	5
Часть 1. Основы научных знаний о ВИЧ/СПИДе.....	9
Глава 1. История возникновения и распространения ВИЧ-инфекции.....	9
Глава 2. Эпидемиология и патогенез ВИЧ-инфекции.....	15
2.1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции.....	15
2.3. Патогенез ВИЧ-инфекции.....	22
2.4. Основные пути передачи ВИЧ-инфекции.....	26
2.5. Группы, уязвимые к ВИЧ-инфекции.....	33
Глава 3. Клиника, диагностика и лечение ВИЧ/СПИДа.....	38
3.1. Общие сведения о ВИЧ-инфекции и СПИДе.....	38
3.2. Общие сведения об иммунитете человека.....	41
3.3. Структура ВИЧ и его воздействие на иммунную систему человека.....	45
3.4. Развитие ВИЧ-инфекции и СПИДа.....	50
3.6. Диагностика ВИЧ-инфекции.....	54
3.6. Лечение ВИЧ-инфекции.....	57
Часть 2. Организация и проведение программ профилактики ВИЧ-инфекции в образовательной среде.....	Ошибка! Закладка не определена.
1.6. Подростковый возраст как фактор риска ВИЧ-инфицирования.....	Ошибка! Закладка не определена.
Глава 2: Разработка содержания программ профилактики ВИЧ-инфекции.....	62
2.1. Основные компоненты программ профилактики ВИЧ-инфекции.....	Ошибка! Закладка не определена.
2.1.1 Профилактика злоупотребления ПАВ как компонент профилактики ВИЧ-инфекции.....	Ошибка! Закладка не определена.
Глава 1: Разработка программ первичной профилактики ВИЧ-инфекции.....	62
1.1. Цели, задачи и технологии первичной профилактики ВИЧ-инфекции.....	106
1.2. Подготовительный организационный этап профилактической работы.....	109
1.2.1 Организационная форма проведения программы.....	109
1.2.2 Предварительная работа с педагогами и родителями учащихся.....	111
1.3. Этап создания и проведения программы.....	111
1.4. Примерная структура проведения семинара с элементами тренинга.....	118
Глава 2: Разработка программ вторичной профилактики ВИЧ-инфекции.....	132
2.1. Цели, задачи и технологии программ вторичной профилактики ВИЧ-инфекции.....	132
2.2. Специфика профилактической работа с несовершеннолетними группы риска ВИЧ-инфицирования.....	134
Глава 3: Психолого-педагогические компоненты третичной профилактики ВИЧ-инфекции.....	147
3.1. Цели, задачи и технологии третичной профилактики ВИЧ-инфекции.....	147
3.2. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных детей и подростков.....	148
3.3. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных детей-сирот.....	149
3.3.1 Особенности эмоциональной сферы ВИЧ-инфицированных детей-сирот.....	149
3.3.2 Особенности межличностных отношений ВИЧ – инфицированных детей-сирот.....	152
3.3.3 Особенности социализации ВИЧ – инфицированных детей – сирот.....	156
3.4. Сопровождение ВИЧ-инфицированных детей-сирот в условиях интернатного учреждения.....	158

3.4.1 Цели сопровождения.....	158
3.4.2 Специфическое и неспецифическое сопровождение ВИЧ-инфицированных детей и подростков.....	160
3.4.3 Принципы сопровождения.....	162
3.5 Психологические проблемы семей с ВИЧ-инфицированным ребенком.....	166
3.6 Сопровождение семей ВИЧ-инфицированных детей.....	169
3.7 Профилактическая работа с лицами, контактирующими с ВИЧ - инфицированными.....	174
Глава 4: Критерии эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции в образовательной среде.....	79
Глава 5: Нормативно-правовая база социальной защиты детей с ВИЧ – инфекцией и членов их семей.....	179
5.1. Развитие толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным в обществе.....	172
5.2. Права и обязанности ВИЧ-инфицированных.....	179
5.3. Правовые основы организации сопровождения ВИЧ-инфицированных.....	185
Библиография.....	188
Глоссарий.....	Ошибка! Закладка не определена.
Приложение 1.....	207
Приложение 2.....	210

Введение

Новые тенденции распространения ВИЧ-инфекции в нашей стране заставляют пересмотреть всю стратегию профилактической образовательной деятельности. В настоящее время заражение ВИЧ-инфекции перестало уже ограничиваться только традиционными группами, уязвимыми к ВИЧ, а стало распространяться среди широких слоев населения и, главным образом, среди молодежи. Очевидной стала и еще одна новая тенденция - повышение частоты распространения ВИЧ-инфекции среди молодых женщин и резкий рост частоты передачи вируса от матери к ребенку, что уже привело к увеличению числа ВИЧ-инфицированных детей, как в семьях, так и в образовательных учреждениях.

Все это еще раз подчеркивает реально высокую вероятность встреч с проблемами ВИЧ-инфекции непосредственно в образовательной среде - социальном институте, который в первую очередь занимается детьми, подростками и молодежью. И, естественно, обладая большими и разнообразными возможностями и методами влияния на молодое поколение, его развитие и формирование, образовательная среда не только не может находиться в стороне, но в современных условиях является главным направлением противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди населения нашей страны.

Эта позиция соответствует мировым стандартам профилактики ВИЧ/СПИДа в современных условиях. По свидетельству Генерального директора ЮНЕСКО господина Коитиро Мацуро «...образование является важнейшим элементом предупреждения ВИЧ-инфекции и ее последствий. Под профилактическим образованием в области ВИЧ/СПИДа ЮНЕСКО подразумевают предоставление возможности обучения всем людям для повышения уровня знаний, приобретении навыков и умений, изменения жизненных ценностей и установок, которые позволят ограничить распространение пандемии и уменьшить ее последствия, в том числе через доступ к медицинскому обслуживанию, консультированию и просвещению по

вопросам лечения. ЮНЕСКО также стремится путем более совершенных профилактических мероприятий и планирования ограничить влияние ВИЧ/СПИДа на сектор образования и таким образом сохранить основные функции системы образования». (Стратегия ЮНЕСКО по образованию в области профилактики ВИЧ/СПИДа, ПЕР Publication, 2004).

Мировые достижения в области профилактического образования, а также анализ сферы охвата образовательной среды позволили выделить и определить основные направления и целевые группы профилактической деятельности в условиях образовательных учреждений. Эти группы представлены следующим образом:

1. здоровые несовершеннолетние;
2. несовершеннолетние групп риска;
3. ВИЧ-инфицированные несовершеннолетние;
4. контактирующие с ВИЧ-инфицированными лица.

Наиболее многочисленная и обширная целевая группа профилактической работы - это группа практически здоровых детей и подростков. Профилактика в этой группе преимущественно основывается на формировании и развитии «защитных факторов», препятствующих ВИЧ-инфицированию. Поэтому ведущими методами в этой группе являются многочисленные и разнообразные программы формирования здорового образа жизни детей и подростков и, прежде всего, нравственно здоровых навыков жизни, а также подготовка к сложным жизненным обстоятельствам и выбору социально безопасной модели поведения. Особое значение для здоровых несовершеннолетних имеет информационно-образовательная работа по половому воспитанию, а также информация о сущности ВИЧ-инфекции и путях ее предупреждения. Эта работа должна проводиться в строгом соответствии с нравственно-этическими нормами и возрастными психологическими особенностями детей и подростков.

Другая фокус-группа профилактической работы в образовательной среде - это группа риска инфицирования ВИЧ. В профилактической деятельности в этой группе наряду с методиками, основанными на формировании защитных

факторов, приоритет приобретают методы определения и раннего выявления факторов риска и последующей психологической и педагогической коррекции несовершеннолетних групп риска для снижения возможности заражения и предупреждении ВИЧ/СПИДа.

Следующая целевая группа профилактических усилий в образовательной среде представлена ВИЧ-инфицированными несовершеннолетними. Уже сейчас значительное число ВИЧ-инфицированных находится непосредственно в образовательных учреждениях - домах ребенка, детских домах, реабилитационных и коррекционных центрах и других, в том числе и в общеобразовательных школах и высших учебных заведениях. В отношении этой группы наиболее адекватными представляются методы «вторичной» и «третичной» профилактики, направленные на предупреждение дальнейшего распространения заболевания, улучшение качества жизни лиц с ВИЧ-инфекцией.

Группа лиц, контактирующих с ВИЧ-инфицированными, включает несовершеннолетних, а также родителей, членов семей, здоровых детей ВИЧ-инфицированных матерей, а также специалистов, работников образовательной сферы, которые в силу семейных, профессиональных или ситуативных обстоятельств находятся в контакте с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом. Важными в отношении профилактической работы с этой группой представляется изучение вопросов семейного сопровождения, профилактики так называемого «синдрома выгорания», а также развитие идеологии толерантности и поддержки в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Таким образом, анализ современного состояния проблемы ВИЧ/СПИДа в мире в целом и в России, в частности, определяет профилактическую деятельность в образовательной среде, как одно из приоритетных направлений противодействия дальнейшему распространению пандемии этого заболевания. Это, в свою очередь, требует необходимости подготовки специалистов, педагогов и психологов - выпускников педагогических ВУЗов в этой области.

Учитывая существующий многоаспектный подход к решению проблем профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, модуль подготовки специалиста педагогического ВУЗа по этим вопросам должен включать основы и избранные аспекты различных дисциплин.

Основной целью курса «Профилактика ВИЧ/СПИД у несовершеннолетних в образовательной среде» является формирование у слушателей базовых знаний в области теории и практики профилактики ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних и молодежи, а также обучение разработке, организации и реализации профилактических программ в условиях образовательных учреждений.

В связи с целью определены основные задачи курса:

- ознакомить студентов с теоретическими основами знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе, а также дать представления об эпидемиологии, способах и путях передачи заболевания;
- обучить психолого-педагогическим методам и формам практической работы с несовершеннолетними, их семьями и ближайшим окружением с учетом возрастных, гендерных и личностных особенностей;
- дать представления о психолого-педагогическом и медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных в условиях образовательных учреждений;
- сформировать у будущих специалистов навыки самостоятельного проектирования, организации и реализации профилактических программ в учебной, внеурочной и досуговой деятельности;
- ознакомить с особенностями международного и российского законодательства в сфере профилактики ВИЧ/СПИД.

Учебное пособие будет полезным не только для студентов и аспирантов, но и для преподавателей ВУЗов и всех участников образовательного процесса (администраторов, педагогов, психологов, социальных педагогов).

Часть 1. Основы научных знаний о ВИЧ/СПИДе

Глава 1. История возникновения и распространения ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция - заболевание, возникающее в результате заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Это инфекционное заболевание относится к патологии иммунной системы, появление и начало распространения которого в мире относится к концу 70-х годов.

В 1981 году Центр по контролю и профилактике болезней США сообщил о выявлении в Лос-Анджелесе и Нью-Йорке редких заболеваний – 5 случаев пневмоцистной пневмонии и 28 случаев саркомы Капоши у вполне ранее здоровых мужчин, имеющих секс с мужчинами (у гомосексуалистов). Эти заболевания протекали особенно злокачественно и, несмотря на проводимую терапию, большинство больных умерло в течение 20 месяцев.

Ретроспективно было показано, что подобный синдром наблюдался с конца 70-х годов в некоторых городах США, Западной Европы и Африке не только в популяции мужчин, практикующих секс с мужчинами, но и у потребителей инъекционных наркотиков, реципиентов крови и ее продуктов.

К концу 1981 года Центр по контролю и профилактике болезней в США располагал информацией уже о 111 случаях пневмоцистной пневмонии и саркомы Капоши. Заболевание приняло характер глобальной эпидемии. Эпидемиологический анализ показал, что заболевание распространяется среди лиц, имевших интимные контакты с инфицированным. В основе заболевания лежало резкое ослабление иммунитета, приведшее к развитию вирусной инфекции.

В 1982 году М.Готлиб впервые ввел понятие «синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД) и определил его как сочетание опасных для организма человека оппортунистических инфекций на фоне иммунодефицита.

В 1983 году Barre-Sinoussi в лаборатории Люка Монтанье Института Пастера в Париже был открыт вирус, в дальнейшем получивший название «вирус иммунодефицита человека – ВИЧ» (Human Immunodeficiency Virus –

HIV), которое было присвоено ему в 1986 г. Международным комитетом по таксономии вирусов.



Д-р Люк МОНТАНЬЕ



Д-р Роберт ГАЛЛО

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

Существует несколько теорий происхождения ВИЧ: от псевдонаучных, до имеющих серьезные научные доказательства. К псевдонаучным предположениям можно отнести версии об искусственном создании вируса в качестве биологического оружия или версию об отсутствии вируса как такового. Следуя этой версии, синдром приобретенного иммунодефицита вызывается комплексом любых других факторов (наркотизацией, вирусом герпеса, плохой экологией и т. д.), а не специфическим вирусом (ВИЧ).

Официальной версией и достаточно научно обоснованной на данный момент остается версия о распространении вируса на человеческую популяцию от африканских зеленых мармозет, у которых в 1985 г. был обнаружен вирус, родственник ВИЧ – ВИО (Вирус иммунодефицита обезьян). По гипотезе Галло, вирус, попав в организм человека, возможно, при укусе обезьяны, подвергся мутации, и через промежуточные формы образовался патогенный для человека вирус HIV (ВИЧ), вызывающий СПИД. Считают, что до начала

70-х годов вирус имел узкую локализацию, затем распространился по всей Центральной Африке. В середине 70-х годов из Африки болезнь передалась на Гаити и в США, затем в Европу и другие части света.

Уже в 1985 году было установлено, что ВИЧ передается от человека к человеку через жидкие среды организма: кровь, сперму, влагалищный секрет, материнское молоко. В этом же году был разработан первый тест на ВИЧ. Через год кровь на ВИЧ стали обследовать в США, Японии и большинстве европейских стран.

В 1987 году была учреждена первая Глобальная программа Всемирной Организации Здравоохранения по СПИДу. В 1988 году – 1 декабря было объявлено Всемирным днем борьбы со СПИДом. Темпы распространения ВИЧ/СПИДа в мире возрастают с каждым годом. В 1990 году СПИД вошел в группу ведущих причин смерти населения планеты.

ВИЧ-инфекция начала регистрироваться в России с 1986 года, первоначально среди иностранцев, а с 1987 – и среди граждан СССР.

В 1989 году разразилась трагедия – в больницах Элисты, Волгограда, Нижнего Новгорода более 200 детей заразились ВИЧ. Распространение ВИЧ/СПИДа нарастало. Вначале преобладали случаи заражения среди гомосексуалистов и работниц коммерческого секса. В начале эпидемии наркомании в России ведущим способом заражения стала инъекционная наркомания.

В.В.Покровский выделяет несколько этапов развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России:

1. До 1988 г. заболевание регистрировалось преимущественно среди иностранцев или лиц, имевших половые контакты с иностранцами. В 1988-1989 годах автор охарактеризовал внутрибольничные вспышки ВИЧ-инфекции в ряде городов России (Элиста, Волгоград, Ростов).

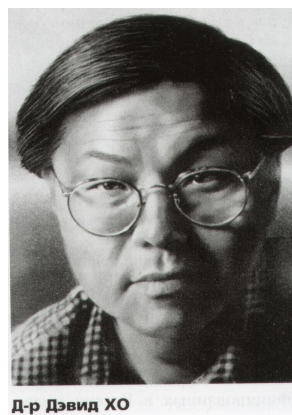
2. С 1990 по 1995 г. отмечался медленный рост числа ВИЧ-инфицированных, зараженных половым путем, преимущественно в крупных городах.

3. С 1996 г. начался эпидемический подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди инъекционных наркоманов.

С 1990 года в нашей стране была создана сеть специализированных медицинских учреждений (СПИД - Центров) для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа. С 1 августа 1995 года в России вступил в силу Федеральный Закон «О предотвращении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

Долгое время считалось, что ВИЧ-инфекция - неуправляемая болезнь, прогрессирующая в течение 7-10 лет до СПИДа со смертельным исходом, не поддающаяся лечению. Ситуация изменилась с 1985 г., когда стали применять для лечения азидотимидин (синонимы: АЗТ, ретровир, зидовудин) - ингибитор обратной транскриптазы. Позже были разработаны другие противовирусные препараты - в том числе отечественные тимазид и никавир.

В 1996 году на Конгрессе по СПИДу в Ванкувере д-ром Дэвидом Хо были доложены результаты использования высокоактивной антиретровирусной терапии с назначением трех препаратов: двух ингибиторов обратной транскриптазы и одного ингибитора протеазы (БААРТ, HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy).



АРВ-терапия решила многие проблемы ВИЧ-инфицированных, снизила частоту развития СПИДа и показатель летальности. И хотя ВИЧ сохраняется в дремлющем состоянии в лимфоузлах и при отмене лечения инфекция вновь активизируется, однако многие больные выписались из больниц, вернулись к трудовой деятельности и перешли на амбулаторное лечение.

Краткая история открытия ВИЧ

Годы	События
1981	Сообщение Центра по контролю и профилактике болезней (CDC) США о 5 случаях пневмоцистной пневмонии и 28 случаях саркомы Капоши. Все заболевшие –
1983	гомосексуалисты.
1985	Открытие вируса, вызывающего СПИД. Выявление основных путей передачи ВИЧ; регистрация первого случая ВИЧ/СПИДа в СССР у
1987	иностранного гражданина. Появление первых препаратов для лечения СПИДа.
1988	регистрация первого случая ВИЧ-инфекции у
1995	гражданина СССР. 1 декабря объявлен ООН Всемирным днем борьбы со СПИДом. Принятие Закона РФ от 30.03.95 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
1996	
2001	начало применения препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии, позволяющий большинству
2003	больных ВИЧ/СПИДом продлить жизнь. Создание объединенной программы ООН по СПИДу (UNAIDS). Генеральная Ассамблея ООН – принятие резолюции S-26/2 «Глобальный кризис – глобальные действия». Планерное заседание 58-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН по проблематике ВИЧ/СПИДа.

В настоящее время СПИД занимает третье место в мире в группе смертельных исходов - после заболеваний сердечно-сосудистой системы и новообразований. А среди детей ВИЧ-инфекция и СПИД являются основной причиной смерти в большинстве развивающихся стран.

Контрольные вопросы

Кто и когда ввел понятия ВИЧ и СПИД?

Перечислите версии происхождения ВИЧ-инфекции. Какая из них является наиболее доказанной?

Есть ли особенности распространения ВИЧ-инфекции в РФ? В чем заключаются эти различия?

Каковы основные стратегии борьбы с пандемией ВИЧ-инфекции?

Какие существуют основные направления противодействия ВИЧ-инфекции?

Темы рефератов:

1. Взгляд на проблему ВИЧ/СПИДа, история и перспективы
2. Версии происхождения ВИЧ. Аргументы «за» и «против».
3. Научные открытия ученых Л. Монтанье, Р.Галло, В.В.Покровского (по выбору).

Глава 2. Эпидемиология и патогенез ВИЧ-инфекции

2.1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции

Пандемия ВИЧ-инфекции продолжается уже более 20 лет, поражая все большее число стран и континентов. Важно обратить внимание на основные тенденции распространения этого заболевания.

С момента первого клинического случая СПИДа умерли уже около 22 млн. человек. Только в 2006 году от СПИДа умерло 2,9 млн. человек. Общее число ВИЧ-инфицированных в мире на конец 2006 года приведено в табл.2.

Таблица 2

Краткие глобальные данные об эпидемии СПИДа, декабрь 2006 г.

Количество людей, живущих с ВИЧ, в 2006 г.	
Всего	39,5 миллиона (34,1–47,1 миллиона)
Взрослых	37,2 миллиона (32,1–44,5 миллиона)
Женщин	17,7 миллиона (15,1–20,9 миллиона)
Детей моложе 15 лет	2,3 миллиона (1,7–3,5 миллиона)
Количество людей, заразившихся ВИЧ в 2006 г.	
Всего	4,3 миллиона (3,6–6,6 миллиона)
Взрослых	3,8 миллиона (3,2–5,7 миллиона)
Детей моложе 15 лет	530 000 (410 000–660 000)
Количество смертей от СПИДа в 2006 г.	
Всего	2,9 миллиона (2,5–3,5 миллиона)
Взрослых	2,6 миллиона (2,2–3,0 миллиона)
Детей моложе 15 лет	380 000 (290 000–500 000)

Интервалы оценочных данных в данной таблице определяют границы, в пределах которых находятся реальные цифры, на основании имеющейся информации.

Страны Африки к югу от Сахары по-прежнему несут основную тяжесть глобальной эпидемии. Почти две трети (63%) всех людей, инфицированных ВИЧ, проживают в Африке, к югу от Сахары – 27,7 [21,8-27,7] миллиона

человек по состоянию на 2006 год. По оценкам, число взрослых и детей, заразившихся ВИЧ в 2006 году, составило 2,8 [2,4-3,2] миллиона человек – это больше, чем во всех других регионах мира вместе взятых.

Число людей, живущих с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, в 2006 году, как и в 2005 году, продолжает расти. По оценкам, в 2006 году 270 000 [170 000–820 000] человек были впервые инфицированы ВИЧ, и общее число ВИЧ-инфицированных составило 1,7 [1,2 – 2,6] миллиона человек – то есть, меньше чем за десять лет выросло более чем в двадцать раз. Хотя уровень новых ВИЧ-инфекций, похоже, стабилизировался после резкого роста, наблюдавшегося в 2001 году, в 2005 году снова поступили сообщения о росте числа новых случаев заражения ВИЧ по сравнению с двумя предыдущими годами. *



Рисунок 1: Расчетное число взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом, по состоянию на конец 2006 г.

В настоящее время ВИЧ/СПИД – важнейшая медико-социальная проблема, т.к. число заболевших и инфицированных продолжает неуклонно расти во всем мире, охватывая людей, которые не входят в группы, имеющие факторы риска инфицирования.

2.2. Эпидемиология ВИЧ-инфекции в России

В настоящее время у эпидемии ВИЧ в России определились свои особенности. Во-первых, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных - это молодежь. Во-вторых, половой путь распространения инфекции приобретает все большее значение. Это свидетельствует о том, что болезнь вышла за пределы маргинальных групп. По прогнозам специалистов, в ближайшие годы количество ВИЧ-инфицированных в России может достигнуть более миллиона человек.

Эпидемия ВИЧ в РФ продолжает развиваться. Только за первые 6 месяцев 2006 года было выявлено чуть менее 13 5000 новых случаев. Большинство ВИЧ-инфицированных – молодые люди: возраст около 80% людей, живущих с ВИЧ, в РФ, по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, составляет 15-30 лет.

В России ВИЧ-инфекцию регистрируют с 1986 г, первоначально среди иностранцев, преимущественно выходцев из Африки, а с 1987 г. и среди граждан бывшего СССР. В настоящее время больные и ВИЧ-инфицированные выявлены во всех административных регионах Российской Федерации.

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

К наиболее неблагоприятным по пораженности относятся гг. Санкт-Петербург, Москва, Свердловская, Самарская, Иркутская области.

Показатель числа инфицированных ВИЧ на 100 тыс. населения («пораженность») вырос с 187 случаев в 2003 году до 251,1 в 2006 году.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России в динамике на период 1996-2006 гг. отражена на рисунке 2. Наибольший подъем случаев ВИЧ-инфекции отмечался в 2001 году, затем наблюдается снижение.

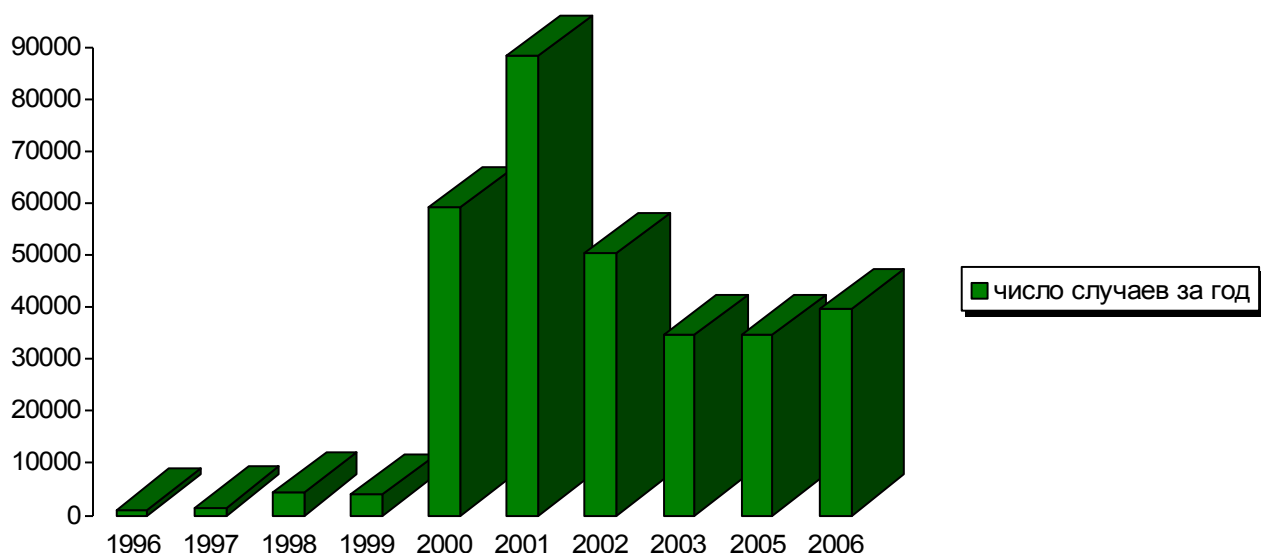


Рисунок 2. Регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции в России по годам

По данным Российского Федерального научно-методического центра СПИДа в России в 2006 г. вновь регистрируется увеличение числа ВИЧ-инфицированных по сравнению с 2005 годом.

По данным Российского Федерального научно-методического центра СПИДа в России на 31.12. 2006 год зарегистрировано:

Таблица 3.

Число инфицированных ВИЧ				Из них больных СПИДом			
		Из них умерло				Из них умерло	
Всего	детей	Всего	детей	Всего	детей	Всего	детей
374	2 805	14 114	202	2 568	217	1 814	144
411							

На конец 2006 года 0,5% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В возрастной группе 16-24 года было зарегистрировано более 1% ВИЧ-инфицированных.

Следует обратить внимание на число ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом среди детей, их число с каждым годом увеличивается. Учитывая, что сегодняшние ВИЧ-инфицированные дети не смогут обеспечить здоровое будущее, как нашей страны, так и мирового сообщества в целом, значение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних значительно повышается.

До середины 90-х годов ведущим путем передачи ВИЧ был половой, что определяло своеобразие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции. Со второй половины 1996 г. главный путь передачи ВИЧ меняется. На первое место выходит «инъекционный» - среди наркозависимых, практикующих внутривенное введение психоактивных веществ. В Российской Федерации показатель инфицированности в этой группе населения достиг 1056,38 на 100 000 обследованных, т.е. не менее 1% всех потребителей психотропных веществ инфицированы ВИЧ. В таблице 5 приведено распределение случаев ВИЧ-инфекции в 2004 г. по разным факторам риска в Северо-Западном (СЗ) федеральном округе в целом и в Санкт-Петербурге, в частности.

Таблица 4

**Распределение случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных
в 2004 г. по факторам риска***

	СЗ округ	Санкт-Петербург
--	----------	-----------------

* Источник: Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания», 2005, №11.

Факторы риска заражения	Числ о	%	Числ о	%
Внутривенное введение наркотиков	2571	51,4	1930	64,4
Гетеросексуальные контакты	1096	21,9	469	15,6
Гомосексуальные контакты	18	0,4	11	0,37
Причина заражения не установлена	1290	25,7	537	18,0
При переливании ВИЧ-инфицированной крови	1	0,0	1	0,03
Перинатальный контакт	30	0,6	18	1,6
Итого:	5006	100,0	2966	100,0

Современное течение эпидемии ВИЧ-инфекции характеризуется не только изменением ведущего пути передачи возбудителя, но и соотношением ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин в сторону увеличения доли ВИЧ-инфицированных женщин. Более 40% новых ВИЧ-инфекций, зарегистрированных в 2005 году, пришлось на женщин – это больше, чем когда бы то ни было раньше (Покровский, 2006г.). При этом важно обратить внимание на большую уязвимость женщин, как с точки зрения возможного сексуального насилия и большей социально-ролевой уязвимости, так и с точки зрения анатомо-физиологических особенностей женского организма.

Важной особенностью современного эпидемиологического этапа является увеличение удельного веса ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 15-20 лет. По оценкам специалистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежедневно более половины новых случаев

инфицирования ВИЧ в мире происходит среди молодежи. Молодые люди в высокой степени подвержены риску ВИЧ-инфицирования, в первую очередь, в силу того, что они нередко начинают половую жизнь в достаточно раннем возрасте, часто меняют половых партнеров и нерегулярно пользуются презервативами.

Важно, что именно в этом возрастном периоде наблюдаются первые наркотические пробы. Следовательно, молодые люди в высокой степени подвержены риску инфицирования ВИЧ половым путем и через кровь из-за высокой сексуальной активности, склонности к рискованному сексуальному поведению, а также в результате употребления различных психоактивных веществ.

Знание эпидемиологии распространения ВИЧ-инфекции позволяет сосредоточить основные лечебные и профилактические мероприятия в регионах с повышенной заболеваемостью ВИЧ/СПИДом, тем самым, предупреждая дальнейшее распространение эпидемии.

Определение основных тенденций распространения ВИЧ-инфекции может способствовать решению вопросов о приоритетных направлениях профилактики ВИЧ-инфекции и определении групп риска инфицирования ВИЧ, что, в свою очередь, будет обеспечивать эффективность реализации профилактических программ.

2.3. Патогенез ВИЧ-инфекции

Источники ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция относится к группе заболеваний, поражающих только человека. Животные в естественных условиях ВИЧ не заражаются, а попытки экспериментального заражения обезьян заканчиваются их быстрым

выздоровлением. В то же время ВИЧ-инфекция относится к длительно текущим заболеваниям, так как с момента заражения до смерти может пройти от 2-3 до 20-25 лет. Все это человек может и не догадываться о реальном состоянии своего здоровья.

Источник ВИЧ-инфекции - зараженный человек, находящийся в любой стадии болезни, в том числе и в периоде инкубации.

Наиболее вероятна передача ВИЧ от человека, находящегося в конце инкубационного периода, в периоде первичных проявлений и в поздней стадии инфекции, когда концентрация вируса достигает своего максимума.

Вирус иммунодефицита человека может находиться во всех биологических жидкостях, он преодолевает трансплацентарный барьер. Однако содержание вирусных частиц в биологических жидкостях различно, что и определяет их неодинаковое эпидемиологическое значение. ВИЧ не может находиться вне организма человека. Попадая на воздух, он, как медуза, теряет способность передвигаться и почти моментально разрушается. Если говорить точнее, то вирус вообще не способен передвигаться самостоятельно. Единственным местом, где этот вирус чувствует себя хорошо и имеет возможность двигаться, являются жидкости организма человека.

Биологические субстраты человека, содержащие ВИЧ и имеющие наибольшее эпидемиологическое значение в распространении ВИЧ-инфекции:

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

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

- спинномозговая жидкость (ликвор);
- моча;
- слюна;
- слезная жидкость;

- секрет потовых желез.

От концентрации вируса зависит объем жидкости, который должен попасть в кровь другому человеку, чтобы произошло заражение. Так, необходимое для заражения количество вируса содержится в капле крови, которая уместается на конце швейной иглы. Объем слюны, в которой содержится такое же количество вируса, составляет 4 литра.

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

Для передачи ВИЧ необходимо не только наличие источника инфекции и восприимчивого субъекта, но и возникновение соответствующих условий, обеспечивающих эту передачу. С одной стороны, выделение ВИЧ из инфицированного организма в естественных ситуациях происходит ограниченными путями: со спермой, выделениями половых путей, с грудным молоком, а в патологических условиях - с кровью и различными экссудатами. С другой стороны, для заражения ВИЧ с последующим развитием инфекционного процесса необходимо попадание возбудителя во внутренние среды организма.

Механизмы передачи ВИЧ-инфекции

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

Пути реализации механизмов передачи возбудителя разнообразны:

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

Доминирующим «естественным» механизмом передачи возбудителя является контактный механизм, реализуемый половым путем. Ведущая роль

полового пути передачи обусловлена высокой концентрацией вируса в сперме и вагинальном секрете инфицированных лиц.

Реальность передачи ВИЧ-инфекции в направлении мужчина - мужчине, мужчина - женщине и женщина - мужчине общепризнанна. В то же время соотношение инфицированных мужчин и женщин различно. В начале эпидемии это соотношение было 5:1, затем 3:1, сейчас на территории России этот показатель приблизился к 2:1.

Вертикальный механизм передачи ВИЧ реализуется у инфицированных беременных (антенатальный путь). Заражение ребенка может произойти и во время беременности (пренатальный путь), акта родов (интранатальный путь), а затем постнатально, при грудном вскармливании. Основной путь заражения ВИЧ-инфекцией новорожденных перинатальный. Удельный вес передачи ВИЧ в разные сроки перинатального периода точно не определен, однако внутриутробное инфицирование на ранних сроках беременности происходит в 20-25% случаев при отсутствии профилактики перинатальной передачи ВИЧ. Вероятность инфицирования ребенка при грудном вскармливании составляет около 12-20%. Причем, передача вируса может происходить не только от инфицированной матери ребенку, но и от инфицированного ребенка кормящей женщине в случае, если ребенок, рожденный здоровой женщиной, был инфицирован ВИЧ.

«Искусственный» (артифициальный) механизм срабатывает при проведении медицинских манипуляций, сопровождаемых нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, т.е. реализуется внутрибольничное инфицирование ВИЧ (рис.3). Данный механизм имеет разнообразие путей и факторов передачи возбудителя. Однако при ВИЧ-инфекции роль этого механизма распространения ничтожно мала.



Рисунок 3. Пути реализации искусственного (артифициального) механизма передачи ВИЧ-инфекции

Примером реализации артифициального механизма распространения ВИЧ-инфекции может служить внутрибольничное заражение детей ВИЧ-инфекцией в городах Элисте, Ростове-на-Дону, Волгограде.

В настоящее время этот путь распространения ВИЧ-инфекции в рамках медицинских учреждений не реализуется в силу того, что введен строгий контроль за стерильностью препаратов крови и проведением всех инвазивных диагностических вмешательств с соблюдением предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского инструментария, применением одноразовых медицинских инструментов. Заражение вероятно только при грубых нарушениях этих норм.

Однако, исключить действие этого механизма распространения ВИЧ-инфекции не предоставляется возможным, поскольку парентеральная передача ВИЧ достаточно широко распространена среди наркоманов, употребляющих внутривенно психоактивные вещества.

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

2.4. Основные пути передачи ВИЧ-инфекции

Половой путь передачи

При половых контактах происходят 70-80% всех случаев заражения ВИЧ-инфекцией.

Выявлено 5 факторов, повышающих риск заражения при половом контакте. К ним относят:

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

2. Риск заражения для обоих партнеров возрастает при наличии сопутствующих заболеваний, передающихся половым путем. Воспаления, вызванные ИППП, ведут к изменениям в мембране клеток, что увеличивает риск проникновения вируса.

3. Вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в три раза выше, чем мужчины от женщины. У женщины при незащищенном половом акте в организм попадает большое количество вируса, содержащегося в семенной жидкости мужчины. Площадь поверхности, через которую вирус может проникнуть внутрь, у женщины значительно больше (слизистая оболочка влагалища). Кроме того, в семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем в секретах влагалища. Риск для женщины возрастает при ИППП, эрозии шейки матки, ранках или воспалениях слизистой оболочки, при менструации, а также при разрыве девственной плевы.

4. Риск заражения и для мужчины, и для женщины увеличивается, если у партнерши эрозия шейки матки. Для женщины - поскольку эрозия служит «входными воротами» для вируса. Для мужчины - поскольку у ВИЧ-положительной женщины эрозия может привести к отслаиванию с шейки матки клеток, содержащих вирус.

5. Вероятность инфицирования ВИЧ максимальна при гомосексуальном половом контакте и несколько ниже при гетеросексуальном. Риск заражения

при анальном контакте значительно выше, чем при вагинальном, поскольку выше вероятность травм слизистой оболочки ануса и прямой кишки, что создает «входные ворота» для инфекции.

Инъекционное употребление наркотиков

Этим путем происходит заражение ВИЧ-инфекцией в 5%-10% всех случаев.

Внутривенное введение наркотиков является одним из самых рискованных способов поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Во многом это связано с тем, что потребители инъекционных наркотиков, как правило, используют общие иглы и шприцы. В случае, если один или несколько из наркопотребителей инфицированы ВИЧ, заражения невозможно избежать, поскольку кровь от ВИЧ-инфицированного человека попадает непосредственно в кровяное русло здорового.

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

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

Среди женщин, употребляющих наркотики, широко распространена проституция и практика «секса за дозу», что приводит к выходу эпидемии в другие группы населения через сексуальные контакты. Это особенно важно, так как именно через сексуальные контакты ВИЧ может наиболее активно передаваться в разные группы населения. Кроме того, в настоящее время увеличивается число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, употребляющих наркотики.

Таким образом, важно знать, что употребление наркотиков помимо прямого способа передачи ВИЧ-инфекции через общие иглы и шприцы, активизирует сексуальный, а также вертикальный пути передачи ВИЧ-инфекции.

Передача ВИЧ от матери к ребенку

Как во время беременности, так и при кормлении грудью риск заражения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери составляет 5% - 10% всех случаев заражения.

В настоящее время отмечается увеличение числа детей, рождающихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Одним из основных факторов, повышающих риск передачи ВИЧ-инфекции ребенку, является состояние здоровья матери. При этом, чем выше уровень вируса в крови или влагалищных секретах матери и чем ниже ее иммунный статус, тем выше риск передачи вируса ребенку. При наличии болезненных симптомов у матери риск заражения повышается.

Риск передачи ВИЧ-инфекции повышается также при неполноценном питании матери. Особенно важным для матери является употребление достаточного количества витамина А, так как это в некотором смысле снижает опасность заболевания для ребенка. Однако, как недостаток, так и передозировка витамина А, опасны.

К факторам риска ВИЧ-инфекции также относят длительность второй стадии родов. Риск ВИЧ-инфицирования повышается пропорционально с увеличением промежутка времени между полным раскрытием шейки матки и появлением ребенка на свет. Воспаление или преждевременный разрыв околоплодных оболочек, язвочки и трещины слизистой оболочки влагалища (обычно они возникают в результате инфекций), преждевременные и переношенные роды и т.д. – способствуют повышению риска передачи ВИЧ от матери новорожденному.

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

исключение составляют те редкие случаи, когда у матери нет условий для приготовления детских смесей (нет чистой питьевой воды, невозможно кипятить бутылочки и соски).

В целом, риск рождения ребенка с ВИЧ можно максимально снизить, сочетая:

- антиретровирусные препараты (АЗТ и др.),
- своевременное лечение инфекций родовых путей,
- снижение длительности родов, или проведение кесарева сечения до начала родов.

Переливание зараженной крови

Этот путь заражения составляет 3 % - 5 % всех случаев заражения ВИЧ-инфекцией. При заборе крови никакого заражения не происходит, поскольку он производится стерильными инструментами. Вся кровь, которая сдается донором, проверяется. Этот процесс очень четко контролируется, хотя, конечно, не исключены отдельные случаи нарушения. Вся кровь проверяется на антитела к ВИЧ. Но при этом существует другая проблема. Известно, что антитела появляются только на 3-й, 6-й месяц после заражения, а кровь могла быть заражена в течение этого периода. Поэтому, если донор сдает кровь в этом периоде, то анализ будет нормальным, и кровь могут перелить. Поэтому небольшой риск заражения при переливании крови имеется. Главный способ избежать передачи инфекции заключается в том, чтобы снизить число переливаний крови, осуществлять проверку донорской крови дважды: при заборе и через 6 месяцев. Для примера, следует обратиться к негативному опыту Франции. В этой стране больше 3 тыс. человек заразили при переливании крови. Сейчас во Франции делают очень маленькое количество переливаний, большинство пациентов, вообще, отказывается от переливаний крови.

В настоящее время существуют, главным образом, технические способы решения проблемы. В первую очередь, следует исследовать сыворотку крови не

в одной тест-системе на антитела, а и в системе, которая одновременно определяет и антиген. Например, в системе полимеразной цепной реакции. Такие тесты разрабатываются и за рубежом, и в России.

Существуют и другие способы. К примеру, способ карантина крови. Донора обследуют при заборе, после этого кровь хранят 6 месяцев и повторно обследуют донора, если у донора антител все еще нет, то эту кровь можно переливать. Главная проблема реализации возможных способов обеспечения безопасности донорской крови - это сложная организация самого процесса и большие финансовые затраты.

Профессиональное заражение медработников

Несмотря на то, что доля данного пути в передачи ВИЧ-инфекции ничтожно мала (0,01%), следует обратить внимание, что в истории борьбы с ВИЧ/СПИДом отмечены случаи инфицирования медицинского персонала, работающего с ВИЧ-инфицированными.

Так, в 1996 году Центрами по контролю заболеваемости США было зарегистрировано 52 случая профессионального заражения медработников за время эпидемии в стране. Из них 45 заражений произошли при уколах иглой, а остальные при попадании зараженной крови или лабораторной жидкости с концентрированным вирусом в ранки на коже, в глаза, в рот или на слизистые оболочки. Был подсчитан среднестатистический риск заражения: при случайном уколе иглой он составляет 0,3% (1 на 300), при попадании вируса на поврежденную кожу, в глаза или на слизистые оболочки - 0,1% (1 на 1000).

Статистических данных о заражении медицинских работников в нашей стране на сегодняшний день не имеется.

Рассматривая вопрос о путях и способах передачи ВИЧ-инфекции, не менее важно отметить и то, в каких случаях в повседневной жизни человек не может быть инфицирован ВИЧ. Это необходимо знать для того, чтобы

предотвратить общую панику среди населения и предотвратить дискриминацию в отношении ВИЧ-инфицированных лиц.

Специалистами установлено, что ВИЧ-инфекция не передается:

- при рукопожатии – поскольку неповрежденная кожа является естественным барьером для вируса. Теоретически риск передачи ВИЧ в случае наличия ссадин, царапин, порезов и т.п. возможен. Однако, для этого нужно, чтобы достаточное количество крови, содержащей ВИЧ, попало в свежую открытую и кровоточащую рану. Вряд ли здравомыслящий человек будет знакомиться с кем-то за кровоточащую руку, если у него тоже хлещет кровь. Во всяком случае, этого делать не рекомендуется.

- через предметы гигиены, туалет, поскольку ВИЧ-инфекция может содержаться только в крови, сперме, влагалищных выделениях и грудном молоке. Через одежду, постельное белье, полотенца ВИЧ не может передаться. Даже если на одежду, белье попала жидкость, содержащая ВИЧ, то он быстро погибнет во внешней среде. На сегодняшний день не отмечено ни одного случая передачи ВИЧ-инфекции бытовым путем.

- в бассейнах, ванной, бане, поскольку при попадании жидкости, содержащей ВИЧ, в воду, вирус погибает, к тому же кожа является надежным барьером от вируса.

- через укусы насекомых и/или другие контакты с животными, поскольку ВИЧ-инфекция – это заболевание, поражающее только человека. К тому же, вопреки распространенному мифу, кровь человека не может попасть в чужой кровоток при укусе комара.

- через поцелуи – о том, что ВИЧ не передается при поцелуе написано достаточно много. - в стоматологии, маникюрном кабинете, парикмахерской – за двадцать лет эпидемии ВИЧ не передался ни в маникюрном салоне, ни у стоматолога. Это говорит о том, что практический риск заражения в данных ситуациях отсутствует. Обычной дезинфекции инструментов, которую проводят в салонах или у стоматолога достаточно для предотвращения инфекции.

- в процессе сдачи анализов – нередко у людей, сдавших анализ на ВИЧ, возникают страхи, что они могли заразиться непосредственно при заборе крови в кабинете тестирования. Забор крови производится с помощью одноразового инструмента, и рассуждения о том, что именно шприц «подменили» и т.п. - как правило, не обоснованы.

В настоящее время доказано, что ВИЧ не может передаваться воздушно-капельным, пищевым, водным, трансмиссивным путями. Возможным вариантом заражения являются трансплантация органов, тканей и искусственное оплодотворение женщин.

Итак, следует запомнить, что ВИЧ не передается:

- при рукопожатии;
- кашле, чихании;
- при пользовании общественным телефоном;
- при обучении в одной школе, классе;
- при посещении поликлиники, больницы;
- при открывании дверей;
- совместной еде, использовании общих столовых приборов;
- через учебники, тетради, канцелярские принадлежности (кроме режущих, колющих);
- при пользовании питьевыми фонтанчиками;
- при пользовании туалетами и душевыми комнатами;
- при пользовании бассейнами;
- через укусы комаров или других кровососущих насекомых.

2.5. Группы, уязвимые к ВИЧ-инфекции

Риск заражения ВИЧ-инфекцией зависит от вида контакта; количества вируса, попавшего в организм; сопутствующих заболеваний и других медико-

биологических факторов. Иными словами, следует говорить о том, что от ВИЧ-инфицирования не защищен ни один человек.

Случаи ВИЧ-инфицирования в различных группах населения, на примере Северо-Западного федерального округа РФ, представлены в табл.5.

Таблица 5

Выявляемость случаев ВИЧ-инфекции в различных группах населения в СЗФО РФ в 2003 г. *

Контингент обследуемых	обсле довано	ВИЧ +	%
Граждане РФ	20117 69	6865	0,34
Доноры (органов, биологических жидкостей, тканей)	37039 2	34	0,01
Медицинский персонал, работающий с ВИЧ-инфицированными	26834	14	0,05
Больные наркоманией	23137	865	3,74
Гомо- и бисексуалисты	955	6	0,63
Больные заболеваниями, передающимися половым путем	16176 6	231	0,14
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	56382	1657	2,94
Обследованные по клиническим показателям	61975 3	2486	0,4
Беременные (доноры плацентарной и абортной крови)	33790 7	630	0,19
Прочие	41039 2	384	0,09
Обследованные при эпидемиологическом исследовании	4251	558	13,1
Иностранные граждане	32183	18	0,05

* Источник: Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания», 2004, №7.

В современной литературе широко используется понятие риска инфицирования ВИЧ. Однако, важно понимать, что риск – понятие универсальное: заразиться ВИЧ-инфекцией может любой человек.

Наиболее емким понятием в этом плане является уязвимость. Данное понятие касается не всего общества, а лишь тех, кто в силу различных обстоятельств лишен возможности защититься от ВИЧ/СПИДа и их последствий.

Уязвимость к ВИЧ/СПИДу означает:

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

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

К традиционным группам риска к заражению ВИЧ-инфекции относятся:

- потребители инъекционных наркотиков,
- мужчины, практикующие секс с мужчинами,
- работники коммерческого секса,
- сексуальные партнеры ВИЧ-инфицированных,
- лица, подвергающиеся различным медицинским манипуляциям.

Основными группами риска инфицирования являются потребители инъекционных наркотиков, однако их доля постепенно уменьшается по сравнению с группами лиц, передающими ВИЧ-инфекцию половым путем, причем не только при гомо-, но и гетеросексуальных контактах.

Важная роль в распространении ВИЧ-инфекции принадлежит разнообразным факторам демографического, медицинского, социального, экономического, культурного и поведенческого характера:

- демографические сдвиги (изменения в возрастной и половой структуре населения; увеличение численности молодого взрослого населения; рост числа разводов; продление периода половой жизни);
- социально-экономические факторы (урбанизация; увеличение свободного времени; международный туризм; траффик; безработица; материальная необеспеченность; снижение уровня жизни населения);
- социально-культурные факторы (большая терпимость к различным типам половых отношений; эмансипация; ослабление традиционных норм; исключительная свобода нравов);
- социальные катаклизмы (локальные войны; стихийные бедствия; гражданские беспорядки);
- социально-поведенческие факторы (коммерческая секс-работа, употребление наркотиков, рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, наличие групп, уязвимых к заражению).

Роль и значение этих факторов риска неоднозначны, часто отмечается их сочетанное действие, и вычленив ведущий из единого комплекса, действующих на территории в данное время, факторов риска, не представляется возможным.

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

1. Факторы среды (социально-психологические). К ним относятся: широкая доступность наркотиков, недостаточное внимание к вопросам профилактики со стороны государственных структур.

Так, в настоящее время в России насчитывается более 2 млн. беспризорных детей. При этом каждые из 4-5 таких детей начинают половую жизнь в 11-13 лет. Многие вовлекаются в проституцию и наркоманию. Более 20000 детей содержатся в воспитательных колониях и исправительных учреждениях. Подобные примеры указывают на то, какие категории несовершеннолетних, в первую очередь, нуждаются в особых формах и методах профилактики социально обусловленных болезней, в том числе и ВИЧ/СПИДа.

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

Следовательно, учет всех возможных факторов, повышающих уязвимость различных групп населения к заражению ВИЧ, будет способствовать наиболее эффективной реализации профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа в современном мире.

Контрольные вопросы:

1. Назовите регионы, подверженные наибольшему заражению ВИЧ-инфекции.

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

3. Перечислите факторы, ускоряющие и замедляющие темпы распространения ВИЧ-инфекции мире, в РФ, в вашем городе.

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

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

6. Охарактеризуйте основные пути передачи ВИЧ-инфекции (их вес от общего числа случаев заражения; факторы, повышающие риск инфицирования ВИЧ при определенных рискованных стилях поведения).

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

8. Опишите традиционные группы лиц, уязвимые к заражению ВИЧ-инфекцией.

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

Темы докладов и рефератов:

1. Механизмы и пути передачи ВИЧ-инфекции: мифы и реальность.
2. СПИДофобия: истоки, проявления, пути решения.
3. Тенденции распространения ВИЧ-инфекции в мире и в РФ: общее и различия.

Глава 3. Клиника, диагностика и лечение ВИЧ/СПИДа

3.1. Общие сведения о ВИЧ-инфекции и СПИДе

Термины ВИЧ и СПИД знакомы многим, но что это такое и в чем разница между ними знает далеко не каждый.

ВИЧ – это сокращенное название вируса, который приводит к СПИДу.

В *Вирус* - мельчайший микроорганизм, содержащий собственную генетическую информацию, которую он встраивает в клетки организма, поглощая их. Это дает ему возможность самостоятельно размножаться.

И *Иммунодефицита*, что означает ослабление иммунной системы организма. Потеря организмом способности сопротивляться любым инфекциям и восстанавливать нарушения органов. Останавливается процесс обновления организма.

Ч *Человека*. ВИЧ относится к инфекциям, которые способны существовать только в организме человека.

СПИД – Синдром Приобретенного ИммуноДефицита

С *Синдром*, что означает совокупность симптомов, признаков болезни. В данном случае свидетельствующих о том, что функционирование иммунной системы нарушено.

П *Приобретенного* – заболевание развилось в

течение жизни.

И Иммунного

Д Дефицита

ВИЧ - это сокращенное название вируса иммунодефицита человека, т.е. вируса, поражающего иммунную систему. Разрушая иммунную систему человека, этот вирус способствует развитию у него других инфекционных заболеваний, так как иммунная система теряет способность защитить организм от болезней, поэтому человек, инфицированный ВИЧ, со временем становится более восприимчивым даже к таким болезням, которые для здоровых людей не представляют никакой опасности.

Человека, заразившегося ВИЧ, называют ВИЧ-инфицированным или ВИЧ-позитивным, или ВИЧ-серопозитивным.

Вирус – это простейшая форма жизни. Некоторые ученые считают, что вирусы назвать живыми можно только с натяжкой. Но есть бесспорное доказательство принадлежности вирусов к живой природе – их способность размножаться. Среди вирусов есть две большие группы. Первая группа вирусов способна размножаться самостоятельно, так как обладает генетической памятью в виде ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота). Таким вирусам нужно лишь найти источник нужного материала, который они преобразуют в новые вирусы. Этот материал они обычно находят в клетках человека, разрушая их.

Ко второй группе, в которую входит и ВИЧ, относятся вирусы, имеющие генетическую информацию лишь в форме РНК (рибонуклеиновая кислота), что не дает им возможности самостоятельного размножения. Для размножения ВИЧ требуется чья-либо ДНК, в которую он внедрит свою генную информацию. ВИЧ можно сравнить с кассетой с записанным фильмом. Для воспроизведения этого фильма нужен видеомаягнитофон, таким «видеомаягнитофоном» выступает клетка человека, с помощью которой вирус может «воспроизводить свой генетический материал» После этого клетка,

которой принадлежит ДНК, начинает работать как «фабрика» по производству вирусов. В конце концов, истощившись, она погибает.

СПИД – это сокращенное название синдрома приобретенного иммунодефицита.

Следовательно, СПИД – это сочетание болезней, вызванных недостаточной работой иммунной системы из-за поражения ее вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), т.е. это совокупность определенных симптомов, свидетельствующих о том, что иммунная система сильно повреждена. Само понятие «СПИД» является искусственным медицинским термином и необходимо врачам для того, чтобы обозначить тех пациентов, чье состояние особенно тяжелое, и поэтому им требуется наибольшее внимание.

Таким образом, ВИЧ - это вирус. Человек может заразиться ВИЧ, и быть носителем вируса, то есть вирус в его организме размножается, накапливается. Такой человек может заразить других людей, хотя сам может не чувствовать никаких признаков болезни довольно долгое время.

СПИД - это стадия заболевания, развивающаяся обычно через несколько лет с момента заражения ВИЧ, и характеризующаяся появлением у человека иммунного дефицита.

Изучение влияния ВИЧ на организм человека невозможно без понимания тех процессов, которые происходят в организме здорового человека, и, в частности, его иммунной системе, поскольку именно она является мишенью для вируса, именно в ней происходят необратимые изменения при заболевании СПИДом.

ВИЧ разрушает иммунитет человека, и организм становится не в силах бороться с другими инфекциями и развитием новообразований (злокачественных опухолей).

Как и почему ВИЧ разрушает иммунитет?

Чтобы ответить на этот вопрос, нужно кратко рассмотреть, что такое иммунитет, иммунная система и как ВИЧ действует на клетки иммунной системы.

3.2 Общие сведения об иммунитете человека

ИММУНИТЕТ (от лат. *immunitas* - освобождение, избавление) - способность живых существ противостоять действию повреждающих агентов, сохраняя свою целостность и биологическую индивидуальность; защитная реакция организма.

Иначе можно сказать, что иммунитет – это способ защиты организма от всех антигенно чужеродных веществ как экзогенной, так и эндогенной природы, при этом биологический смысл подобной защиты – обеспечение генетической целостности особей вида в течение их индивидуальной жизни.

Действие защитных механизмов обеспечивает возникновение иммунитета к инфекциям. Простейший путь избежать инфицирования - это предотвратить проникновение возбудителя в организм. Главной линией обороны служит, конечно, кожа. Будучи неповрежденной, она непроницаема для большинства инфекционных агентов. Вдобавок, большинство бактерий не способны долго существовать на поверхности кожи из-за прямого губительного воздействия молочной кислоты и жирных кислот, содержащихся в поте и секрете сальных желез. Слизь, выделяемая стенками внутренних органов, действует как защитный барьер, препятствующий прикреплению бактерий к эпителиальным клеткам. Микробы и другие чужеродные частицы, захваченные слизью, удаляются механическим путем - за счет движения ресничек эпителия, с кашлем и чиханием. К другим механическим факторам, способствующим защите поверхности эпителия, можно отнести вымывающее действие слез, слюны и мочи. Во многих жидкостях организма содержатся бактерицидные компоненты - кислота в желудочном соке, лактопероксидаза в молоке и лизоцим в слезах, носовых выделениях и слюне.

На определенном этапе эволюции в многоклеточном организме появились клетки, призванные защищать организм от микробов-паразитов. Постепенно сформировалась особая система органов и клеток,

обеспечивающих защиту (иммунитет) организма. Она получила название ИММУННОЙ СИСТЕМЫ. Клетки, входящие в состав иммунной системы, были названы ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫМИ. Иммунная система представляет собой совокупность лимфоцитов, макрофагов и ряда сходных с макрофагами клеток.

Иммунитет основан на способности к отторжению чужеродных тел. Защита организма осуществляется с помощью двух систем - неспецифического (врожденного, естественного) и специфического (приобретенного) иммунитета. Эти две системы могут рассматриваться и как две стадии единого процесса защиты организма. Неспецифический иммунитет выступает как первая линия защиты и как заключительная ее стадия. Система приобретенного иммунитета выполняет промежуточные функции специфического распознавания и запоминания болезнетворного агента (или чужеродного вещества) и подключения мощных средств врожденного иммунитета на заключительном этапе процесса.

Система врожденного иммунитета действует на основе воспаления и фагоцитоза. В этом случае распознаются и удаляются инородные тела без учета их индивидуальной специфики. Поэтому такой иммунитет называют неспецифическим. Удаление чужеродных клеток из организма происходит, в частности, за счет фагоцитоза - пожирания и разрушения инородных тел макрофагами и лейкоцитами. Эта система реагирует только на корпускулярные агенты (микроорганизмы, занозы) и на токсические вещества, разрушающие клетки и ткани.

Вторая и наиболее сложная система – приобретенного иммунитета. Она основана на специфических функциях лимфоцитов. Эти клетки крови распознают чужеродные макромолекулы и реагируют на них либо непосредственно, либо выработкой защитных белковых молекул.

Специфический иммунитет - более совершенный механизм защиты организма от биологической агрессии. Он возник в эволюции позже и означает

распознавание самых тонких различий между чужеродными агентами - антигенами.

АНТИГЕНАМИ называются структурно чужеродные для данного конкретного организма вещества, способные вызвать иммунный ответ (начальные слоги двух слов: «АНТИтела ГЕНерация»). Носителями таких чужеродных веществ будут бактерии, вирусы, грибки, трансплантаты, опухолевые клетки. Имунокомпетентные клетки должны распознать и уничтожить «чужака».

Особое место среди имунокомпетентных клеток занимают Т-лимфоциты хелперы (помощники). Эти клетки - генералы иммунной системы. Они способны распознавать «чужих», без их участия большинство антигенов не вызывают иммунный ответ. Т-хелперы посылают «сигнал», активирующий именно те элементы иммунной системы, которые способны уничтожить «чужака». Важнейшую роль в распознавании антигенов микробов и вирусов Т-хелпером выполняет рецептор этих лимфоцитов - CD4. Т-лимфоциты - не единственные клетки со встроенным в мембрану CD4. Не менее 40% моноцитов (предшественников макрофагов), некоторые имунокомпетентные клетки в лимфатических узлах, коже и других органах также несут CD4.

ВИЧ нападает и поражает именно клетки с рецептором CD4, в первую очередь, Т-лимфоциты. С течением времени количество вируса в организме медленно растет. Постоянное присутствие вируса держит иммунитет в постоянном напряжении. Вирус поражает все новые и новые CD4 клетки и нарушает оболочки других клеток организма. Чем больше становится вирусов, чем больше поражаются CD4 клетки, тем больше сил организм тратит на борьбу с инфекцией. Это похоже на затяжную позиционную войну, когда противники стараются измотать друг друга. Больше шансов у вируса.

У каждого организма есть свои ресурсы, свой потенциал, но они не бесконечны. Через некоторое время организм исчерпывает ресурсы, и вирус встречает все меньше и меньше сопротивления. Снижается число

вырабатываемых новых CD4 клеток, а с ними снижается количество антител к ВИЧ. В результате у киллеров остается все меньше возможности уничтожить вирус. Так как CD4 клетки нужны для борьбы со всеми инфекциями, у организма снижается возможность в принципе противостоять заболеваниям. Начинает развиваться иммунодефицит.

Иммунодефицит – это потеря организмом способности сопротивляться любым инфекциям и восстанавливать нарушения своих органов. Кроме того, при иммунодефиците замедляется или вообще останавливается процесс обновления организма.

В этом состоянии человек становится беззащитным не только перед обычными инфекциями, как грипп или дизентерия, но также перед бактериями и вирусами, которые ранее не могли вызывать заболевания, так как иммунная система не позволяла им размножаться в большом количестве. Один из ярких примеров – пневмоциста карини. Это совершенно бесполезная для организма бактерия, живущая в легких каждого человека. При здоровой иммунной системе она не причиняет человеку никакого вреда, но при иммунодефиците может вызвать серьезное поражение легких, пневмоцистную пневмонию.

3.3. Структура ВИЧ и его воздействие на иммунную систему человека

ВИЧ - это РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству ретровирусов. По морфологии, структуре и другим признакам ВИЧ относится к подсемейству лентивирусов, т.е. вирусов медленных инфекций.

По данным электронной микроскопии вирионы ВИЧ имеют округлую форму диаметром 100-120 нм. Наружная мембрана вируса построена из белков клетки хозяина и пронизана собственными белками вируса, которые обозначены как оболочечные белки (рис.5).

В естественных условиях ВИЧ может сохраниться в высушенном биосубстрате в течение нескольких часов, в жидкостях, содержащих большое

количество вирусных частиц, таких как кровь и эякулят, в течение нескольких дней, а в замороженной сыворотке крови, активность вируса сохраняется до нескольких лет.

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

Наружный оболочечный белок, называемый гликопротеин gp120, обуславливает присоединение ВИЧ к рецепторам CD4 клеток человека. При попадании ВИЧ в клетку под действием обратной транскриптазы синтезируется ДНК ВИЧ, встраиваемая в ДНК клетки-хозяина, которая в дальнейшем начинает продуцировать вирусные частицы.

Попадая в организм человека, ВИЧ поражает различные органы и ткани, но, в первую очередь, клетки, несущие маркер CD4+ . В таблице 6 приведены основные типы клеток, поражаемых ВИЧ. В цитоплазме пораженных клеток освобождается вирусная РНК и с помощью фермента обратной транскриптазы на основе вирусной РНК синтезируется ДНК - копия, которая встраивается в ДНК клетки хозяина (провирус). При каждом новом делении клетки все ее потомство содержит ретровирусную ДНК. В пораженной клетке начинают создаваться структурные элементы ВИЧ, из которых при помощи другого фермента - протеазы, собираются новые полноценные вирусы, в свою очередь поражающие новые клетки - мишени. С течением времени большинство зараженных клеток погибает.

Таблица 6

Типы клеток, ткани и органы, поражаемые ВИЧ

Тип клеток	Ткани и органы
------------	----------------

Т-лимфоциты, макрофаги	Кровь
Клетки Лангерганса	Кожа
Фолликулярные дендритные клетки	Лимфоузлы
Альвеолярные макрофаги	Легкие
Эпителиальные клетки	Толстая кишка, почки
Клетки шейки матки	Шейка матки
Клетки олигодендроглии, астроциты	Мозг

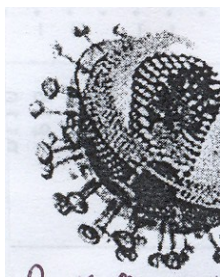
Уменьшение клеток, несущих рецептор CD4⁺ приводит к ослаблению цитотоксической активности Т-лимфоцитов, уничтожающих инфицированные вирусом клетки. В результате теряется контроль за проникающими в организм возбудителями бактериальных, вирусных, грибковых, протозойных и других инфекций (оппортунистических), а также за клетками злокачественных опухолей.

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

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

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

Следовательно, механизм поражения иммунной системы у человека ВИЧ может быть представлен следующим образом.



**Рисунок
Внешний
ВИЧ**

**4.
вид**

ВИЧ, как и все вирусы, является внутриклеточным паразитом. Способность вируса проникать в клетку определяется наличием на клетке-мишени рецептора для данного вируса и возможность вируса встроиться в клетку. Все рецепторы находятся на плазматической мембране клеток: часть рецептора располагается вне клетки, часть - внутри. Рецепторы выполняют важнейшие функции жизнеобеспечения клетки: проникновение в нее гормонов, питательных веществ, факторов роста и регуляции и т.д.

Для вируса рецептор выполняет роль своеобразной «замочной скважины», к которой у вируса на внешней оболочке есть вещества-отмычки. ВИЧ использует для проникновения в клетки иммунной системы рецептор CD4.

ВИЧ обычно изображают похожим на противолодочную мину (рис.4) со своеобразными шипами, которые имеют огромное значение для проникновения ВИЧ в клетку-хозяина.

Вирус встречает клетку, на поверхности которой есть молекула CD4, и плотно прикрепляется к этим молекулам, «открывая» клетку-хозяина своими шипами как отмычкой. Точнее, оболочка вируса и клетки сливаются, и генетический материал вируса попадает в клетку.

Далее перед вирусом стоит задача встроить свой геном в геном пораженной клетки. Для этого вирус использует особый фермент, благодаря которому клетка-хозяин принимает генетический материал вируса «как родной». Этот процесс обычно происходит в течение 12 часов после инфицирования.

На этом этапе вирусу можно помешать. Такое действие оказывают противовирусные препараты, которые используются при лечении ВИЧ-инфекции.

Завладев таким образом «штаб-квартирой» клетки-хозяина, ВИЧ начинает отдавать приказы, и клетка вынуждена подчиняться. При ВИЧ-инфекции миллиарды клеток крови содержат генетический материал вируса. Генный аппарат ВИЧ обладает уникальным свойством: он устроен так, что при любой активации иммунной системы тут же активируется ВИЧ, который до этого находился в клетке (в геноме) в неактивном состоянии.

Подчиняясь генетической программе ВИЧ, клетка начинает производить различные компоненты вируса, затем там же, в клетке происходит предварительная грубая «сборка», и новый, пока не зрелый и не способный к заражению вирус отпочковывается от клетки-хозяина. После этого начинает свою работу еще один фермент вируса, который «наводит порядок» внутри оболочки нового вируса, после чего тот становится способен инфицировать другую клетку.

На этом этапе помешать вирусу окончательно сформироваться могут другие противовирусные препараты, которые также используются при лечении ВИЧ-инфекции.

Использованные вирусом клетки, например, Т-хелперы, гибнут. Лишенная своих генералов - Т-хелперов, иммунная система теряет способность распознавать «чужаков» и активировать силы организма на борьбу с вторжениями.

Пока до конца неизвестно, отчего происходит гибель пораженных ВИЧ клеток. Существует предположение, что побочные продукты воспроизводства вируса токсичны для клетки, поэтому она погибает. Есть также мнение, что в гибели пораженных ВИЧ клетках срабатывает механизм апоптоза (самоубийства клетки). Вирус вызывает такие глубокие нарушения в обмене веществ зараженной клетки, что она воспринимает эти нарушения как сигнал к экстренному включению программы гибели. Биологический смысл такой реакции вполне понятен. Смерть зараженной клетки еще до того, как в ней образуется новое поколение вирусных частиц, предотвратит распространение

инфекции по организму. Однако, «самурайский закон» оказывается не эффективным средством защиты организма в случае с ВИЧ-инфекцией.

Таким образом, ВИЧ использует для своего размножения клетки иммунной системы, которые из-за поражения вирусом погибают, поэтому по мере развития ВИЧ-инфекции количество не пораженных ВИЧ иммунокомпетентных клеток становится все меньше, и постепенно иммунная система слабеет и не может справляться ни с враждебными вторжениями других возбудителей болезней, ни с образованием раковых клеток.

Процесс разрушения иммунной системы занимает довольно долгое время. ВИЧ-инфекцию относят к классу медленных инфекций. После заражения человек может прожить еще многие годы, и в течение долгого времени даже не догадываться, что смертельно болен.

3.4. Развитие ВИЧ-инфекции и СПИДа

ВИЧ-инфекция как болезнь имеет несколько этапов своего течения, на разных этапах или стадиях болезнь проявляет себя по-разному. Ниже мы в деталях опишем, как протекает ВИЧ-инфекция.

В 2001 г. под руководством академика РАМН В.И. Покровского была осуществлена новая редакция отечественной клинической классификации ВИЧ-инфекции.

Стадия 1 - «стадия инкубации» - период от момента заражения до появления реакции организма в виде проявлений острой инфекции и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3-х недель до 3-х месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет, и антитела к ВИЧ еще не выявляются. И значит, диагноз ВИЧ-инфекции на данной стадии традиционным лабораторным методом установить нельзя.

Стадия 2 - «стадия первичных проявлений», связана с проявлением первичного ответа организма на внедрение и размножение ВИЧ в виде клинических проявлений болезни и/или выработки антител. Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции может иметь несколько вариантов течения:

2А - «бессимптомная», характеризуется отсутствием каких-либо клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется лишь выработкой антител.

2Б - «острая инфекция без вторичных заболеваний», проявляется разнообразной симптоматикой. Наиболее часто бывают лихорадка, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит. Могут отмечаться увеличение печени, селезенки, диарея.

Заболевший человек на этой стадии часто испытывает состояние, похожее на грипп (повышение температуры, появление высыпаний на коже, увеличение лимфатических узлов, понос).

2В - «острая инфекция с вторичными заболеваниями», характеризуется значительным снижением уровня иммунокомпетентных клеток. В результате на фоне иммунодефицита появляются различные вторичные заболевания (кандидозы, герпетическая инфекция и. т.д.).

Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми и в редких случаях возможен даже смертельный исход.

В целом стадия первичных проявлений, протекающая в форме острой инфекции (2Б и 2В), регистрируется у 50-90% больных ВИЧ-инфекцией. Начало стадии первичных проявлений, протекающей в форме острой инфекции, как правило, отмечается в первые 3 месяца после заражения. Она может опережать появление антител к ВИЧ, поэтому при первых клинических симптомах в сыворотке больного антител к ВИЧ можно не обнаружить.

Продолжительность проявлений болезни во второй стадии может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев, однако обычно они регистрируются в течение 2-3 недель.

В целом продолжительность стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции составляет один год с момента появления симптомов острой инфекции или антител к ВИЧ. Бессимптомное течение стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции является более благоприятным. Чем тяжелее и дольше (более 14 дней) протекала эта стадия, тем больше вероятность быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства больных переходит в «субклиническую», но у некоторых людей она может сразу переходить в «стадию вторичных заболеваний».

Стадия 3 - «субклиническая стадия». Инфицированный человек на этой стадии может чувствовать себя здоровым. Однако неверно думать, что в это время в организме ничего не происходит. Когда какой-либо возбудитель болезни, в том числе ВИЧ, проникает в организм, иммунная система формирует иммунный ответ. Она пытается обезвредить болезнетворный возбудитель и уничтожить его. Для этого иммунная система вырабатывает антитела. Антитела связывают возбудитель болезни и помогают уничтожить его. Кроме того, специальные белые клетки крови (лимфоциты) также начинают борьбу с болезнетворным агентом. К сожалению, при борьбе с ВИЧ всего этого недостаточно - иммунная система не может обезвредить ВИЧ, а ВИЧ, в свою очередь, постепенно разрушает иммунную систему.

Основным проявлением субклинической стадии является увеличение не менее двух лимфоузлов, не менее чем в двух не связанных между собой группах (не считая паховых). Хотя может не наблюдаться никаких проявлений болезни.

Длительность субклинической стадии составляет от 2-3 до 20 и более лет, но в среднем она продолжается 6-7 лет.

Стадия 4 - «стадия вторичных заболеваний» связана с истощением популяции CD4 клеток за счет продолжающегося размножения в организме ВИЧ. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются

инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания. В это время развиваются СПИД-ассоциированные заболевания.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.

4А стадия обычно развивается через 6-10 лет с момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

4Б стадия чаще возникает через 7-10 лет с момента заражения. Кожные поражения в этот период носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Начинают развиваться поражения внутренних органов. Могут отмечаться потеря веса, лихорадка, локализованная саркома Капоши, поражение периферической нервной системы.

4В стадия преимущественно выявляется через 10-12 лет с момента заражения. Она характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением ЦНС.

Несмотря на то, что переход ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний является проявлением истощения защитных резервов организма зараженного человека, этот процесс имеет обратимый характер (по крайней мере, на какое-то время). Спонтанно или вследствие проводимой терапии симптомы вторичных заболеваний могут исчезать.

Стадия 5 - «терминальная стадия», проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. Даже адекватно проводимая противовирусная терапия и лечение вторичных заболеваний оказываются неэффективными. В результате больной погибает в течение нескольких месяцев.

Следует отметить, что течение и проявление ВИЧ-инфекции отличается большим разнообразием. Продолжительность отдельных стадий заболевания может иметь значительные колебания, приведенные цифры носят усредненный характер, так как ВИЧ-инфекция и СПИД у всех протекает по-разному.

Средняя продолжительность заболевания от момента заражения ВИЧ до развития заключительной стадии ВИЧ-инфекции (собственно СПИДа)

составляет от 5-8 до 10-12 лет, хотя есть инфицированные люди, которые уже живут 15 лет и более без признаков СПИДа. Описано наиболее быстрое развитие заболевания от момента заражения до смерти, которое составило 28 недель.

Длительность заболевания зависит от типа вируса и индивидуальных особенностей организма человека (восприимчивость организма к вирусу, наличие сопутствующих заболеваний, образа жизни и других факторов). Чем в более старшем возрасте произошло заражение ВИЧ, тем, как правило, быстрее происходит развитие болезни. Условием, способствующим быстрому развитию болезни, является прием наркотиков.

Таким образом, самочувствие и продолжительность жизни ВИЧ-инфицированного зависит от стадии болезни и сопутствующих условий (таких как: возраст, восприимчивость организма к вирусу, употребление наркотиков). Внешние проявления болезни поначалу могут отсутствовать. Довольно часто человек сам не знает, что заражен ВИЧ и опасен для других людей. У человека, инфицированного ВИЧ первое время (от 1 до 8 месяцев) нельзя выявить ВИЧ даже лабораторными методами, этот период называют периодом «окна». Но, к сожалению, хорошее самочувствие инфицированного человека не означает, что он не может стать невольной причиной заражения других людей. Внешний вид человека, скорее всего, ничего не скажет о том, является ли он носителем ВИЧ, поэтому, чтобы защититься от заражения, нужно знать основные пути передачи вируса и вести безопасный образ жизни.

3.6. Диагностика ВИЧ-инфекции

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

Критерии, позволяющие установить наличие ВИЧ-инфекции при отсутствии серологической диагностики, были разработаны ВОЗ в 1985 году и в литературе часто упоминаются как «критерии Банги». К таким признакам относятся:

А. «Большие» признаки

- потеря массы тела более, чем на 10% от исходной,
- хроническая диарея в течение более одного месяца,
- длительная лихорадка в течение одного месяца.

Б. «Малые» признаки:

- упорный кашель более одного месяца,
- генерализованный зудящий дерматит,
- герпес в анамнезе,
- ротоглоточный кандидоз,
- хроническая герпетическая инфекция,
- генерализованная лимфаденопатия.

Наличие у больного ВИЧ-инфекции можно предположить при выявлении у него хотя бы двух «больших» и одного «малого» признака.

Внешние признаки инфекции долгое время могут отсутствовать. Многие проявления ВИЧ-инфекции схожи с другими болезнями, например, с гриппом. Поэтому единственным достоверным методом диагностики ВИЧ-инфекции является лабораторный метод.

В России в настоящее время стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ (первый уровень диагностики) с помощью ИФА тест-систем.

ИФА (иммуноферментный анализ, синоним ELISA) - скрининговая система выявления антител к ВИЧ. Этот анализ чувствителен ко всем белкам, близким к белкам ВИЧ. Ответ получается по принципу «да - нет». Позволяет быстро и без больших денежных затрат определить инфицированность ВИЧ, однако может давать так называемые ложноположительные результаты.

Иногда у ИФА бывают ложноположительные результаты (примерно в 1% случаев); причиной подобного результата может быть беременность, различные вирусные инфекции, а также простая случайность. При положительной реакции ИФА проводят иммунный блоттинг для определения специфичности выявленных антител (второй уровень диагностики).

РЕАКЦИЯ ИММУННОБЛОТТИНГА (синонимы - Вестерн блот, иммунный блот) - один из методов определения антител к ВИЧ. Обладает высокой чувствительностью и позволяет достоверно подтвердить или опровергнуть положительный результат, полученный при ИФА.

Диагноз ВИЧ-инфекции может быть поставлен только после положительного результата иммунноблоттинга. Иммунный блот намного дороже, чем ИФА, поэтому служит только подтверждающим методом.

Положительный результат иммуноблота после положительного ИФА достоверен на 99,9% - это максимальная точность для любого медицинского теста. Если иммуноблот отрицательный, значит, первый тест был ложно положительным, и на самом деле ВИЧ у человека нет. Но если ИФА бывает положительным или отрицательным, то иммуноблот может быть положительным, отрицательным или неопределенным.

Неопределенный результат иммуноблота, т.е. наличие в иммуноблоте хотя бы одного белка к вирусу, может наблюдаться, если заражение произошло недавно и в крови еще мало антител к ВИЧ, в этом случае иммуноблот станет положительным через некоторое время. Также неопределенный результат может появиться при отсутствии ВИЧ-инфекции при гепатите, некоторых хронических заболеваниях обменного характера, или при беременности. В этом случае, при повторном анализе либо иммуноблот станет отрицательным, либо будет обнаружена причина неопределенного результата.

Временной интервал, в течение которого в организме ВИЧ-инфицированного не обнаруживаются антитела, называют периодом «окна». Обследование в этот период может дать отрицательный результат даже при наличии вируса в организме. Таким образом, для того чтобы быть уверенным в

отрицательном результате теста, необходимо повторить исследование крови в ИФА через 3 и 6 месяцев после «опасной» ситуации, в результате которой могло произойти инфицирование ВИЧ.

Помимо тестов, определяющих антитела, есть тест полимеразной цепной реакции (ПЦР), который определяет генетический материал самого вируса, поэтому он достаточно достоверен через 10 дней после возможного заражения. Иногда люди делают тест ПЦР, так как для них тяжело ждать 3 месяца, в других случаях его может назначить врач, например, его делают детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей. Тем не менее, несмотря на высокую чувствительность и надежность, были зафиксированы случаи ложноположительных и ложноотрицательных результатов ПЦР. По этой причине, даже если был сделан ПЦР, может понадобиться подтверждающее тестирование методом ИФА.

Тест ИФА можно сделать в течение этого же дня, но в большинстве лабораторий этот срок может составлять от 1-2 дней до 2 недель. В различных регионах ситуация с кабинетами тестирования может отличаться. Зачастую тест на ИФА можно сдать в обычной поликлинике. Реакцию иммуноблоттинга обычно делают в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом.

3.7. Лечение ВИЧ-инфекции

До настоящего времени терапия ВИЧ-инфекции остается сложнейшей и нерешенной проблемой, так как не существует средств, позволяющих радикально вылечить больных ВИЧ-инфекцией. В связи с этим лечебные мероприятия направлены на предупреждение или замедление прогрессирования болезни. В лечении ВИЧ-инфекции выделяют антиретровирусную терапию, профилактику и лечение оппортунистических инфекций, а также патогенетическое лечение некоторых синдромов.

В связи с новыми методами лечения, люди с ВИЧ-инфекцией и со СПИДом в наши дни стали жить дольше, чем это было в начале эпидемии когда

СПИД развивался у больных в среднем через 7 лет после заражения вирусом. После этого человек мог прожить еще примерно 8-12 месяцев.

После того, как в 1996 году стала применяться комбинированная противовирусная терапия, жизнь ВИЧ-инфицированных и людей со СПИДом стала намного продолжительнее. Некоторые люди, у которых развился СПИД, могут прожить 10 лет и дольше. В первую очередь такой прогресс обеспечивают лекарства, действующие на сам вирус, - противоретровирусные препараты.

Все существующие способы медикаментозной помощи ВИЧ-инфицированным можно разделить на 2 группы:

- 1) направленные против ВИЧ;
- 2) направленные против других инфекций и других повреждений, развивающихся на фоне ВИЧ. Сегодня антиретровирусная терапия основана на принципе прерывания процесса размножения ВИЧ.

Основными проблемами, с которыми столкнулись врачи при проведении анти-ВИЧ терапии, были высокая токсичность лекарств и высокая приспособляемость вируса к препаратам, которые направлены на борьбу с ним. Свойство вируса со временем становиться невосприимчивым к лекарству называется резистентностью. Вирус может приспособиться не только к одному препарату, но и к другим лекарствам этого же класса препаратов. Вирусы, резистентные к препаратам против них, становятся более агрессивными, и развитие болезни ускоряется.

Для снижения токсичности препаратов ученые стараются разработать новые формы, не оказывающие негативного влияния на нервную систему, печень и желудочно-кишечный тракт. Именно при взаимодействии лекарств с этими системами человека возникают наиболее серьезные проблемы.

Для предотвращения резистентности была предложена следующая стратегия: постоянное воздействие на вирус по всем возможным направлениям, причем как можно сильнее, чтобы не дать ему возможности измениться и размножиться в уже измененном, устойчивом к лекарству виде. Начиная с

середины 1995 года, в мире началось использование комплексной анти-ВИЧ терапии. Комплексная терапия дает хорошие результаты: количество вируса в крови значительно снижается, соответственно, снижается и вред, наносимый вирусом организму. Даже если на момент начала терапии болезнь развилась до стадии СПИД, через 6-8 месяцев человек может чувствовать значительные улучшения и даже вернуться на работу. Еще одно позитивное последствие уменьшения концентрации вируса в крови – снижение риска передачи инфекции от ВИЧ-инфицированного человека.

К сожалению, применяемая сегодня терапия не эффективна на 100%. Во-первых, около 20% ВИЧ-инфицированных не могут переносить некоторые компоненты, входящие в лекарства. Во-вторых, данная терапия очень дорога (от 10 до 15 тыс. долларов США в год), что делает ее недоступной для многих людей. В-третьих, режим приема лекарств очень жесткий, и не все способны или готовы его выполнять, кроме того, прием определенных препаратов требует соблюдения строгой диеты и питания по часам.

Поскольку, как мы уже отмечали, вариантов вируса очень много, комплексная антиретровирусная терапия должна подбираться индивидуально, с учетом переносимости препаратов (у некоторых людей от противовирусных лекарств возникают побочные эффекты), и способности вируса приспосабливаться к лекарствам, изменяясь таким образом, чтобы образовывались вирусы, устойчивые к действию лекарств. Жизнь продлевается и в связи с тем, что с помощью комбинированной терапии удается предупредить развитие многих оппортунистических (присоединившихся) инфекций, являющихся непосредственной причиной смерти при ВИЧ-инфекции. Но лечение ВИЧ-инфекции пока представляет собой довольно трудный и дорогостоящий процесс. Поэтому доступ к лечению ВИЧ остается на низком уровне. По состоянию на конец 2004 года лишь 12% из 6 миллионов человек, нуждающихся в лечении во всем мире, получили его.

Основные принципы применения антиретровирусных препаратов:

- лечение необходимо начать до развития сколько-нибудь существенного иммунодефицита и проводить пожизненно;

- терапия проводится сочетанием трех - четырех противоретровирусных препаратов (такая тактика ведения больных ВИЧ-инфекцией обозначена как высокоактивная антиретровирусная терапия сокращенно ВААРТ).

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

Продолжаются поиски новых методов лечения. Думается, что вскоре появится еще больше лекарственных средств, эффективных в борьбе с этой инфекцией, и доступных по цене. Но пока радикального средства, излечивающего от ВИЧ-инфекции, не найдено. ВИЧ-инфекция остается смертельной болезнью.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определения понятиям ВИЧ и СПИД.
2. Опишите механизмы иммунитета.
3. В чем сущность иммунодефицита человека?
4. Опишите основные функции иммунной системы человека.
5. В чем особенности строения вируса иммунодефицита человека?
6. Дайте характеристику стадий развития ВИЧ-инфекции.
7. Какова стандартная процедура лабораторной диагностики ВИЧ/СПИДа в России?
8. Назовите основные принципы и недостатки современной терапии ВИЧ-инфекции.

Часть 2: Разработка содержания программ профилактики ВИЧ-инфекции

Глава 1: Концептуальные основы профилактики ВИЧ-инфекции среди несовершеннолетних в образовательной среде

1.1 Система профилактики ВИЧ/СПИДа в России.

До настоящего времени в России профилактикой ВИЧ/СПИДа среди населения занимались преимущественно специалисты в области здравоохранения. Существует и успешно действует отлаженная система медицинской профилактики ВИЧ-инфекции. Организационно эта система представлена службами профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, Структура службы приведена на рис.14.

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

Роль системы образования в профилактике ВИЧ-инфекции

Согласно современному государственному подходу к профилактике ВИЧ-инфекции, предупреждением заражения детей и подростков ВИЧ-

инфекцией, а лечением социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных, призваны заниматься в первую очередь специалисты системы рамках межведомственного взаимодействия со специалистами в области здравоохранения и права.

Очевидно, что для повсеместного ведения деятельности по профилактике ВИЧ/СПИДа в образовательных учреждениях необходимо, чтобы образовательные учреждения были обеспечены профилактическими программами профилактики ВИЧ-инфекции. В настоящее время очень активно обсуждается вопрос о создании и внедрении Стандарта профилактики в образовательной среде, стандартизация профилактической деятельности рассматривается как один из основных механизмов реализации концепции профилактики ВИЧ-инфекции среди несовершеннолетних и молодежи. Необходимость создания стандарта и трудности его разработки сопряжены с тем, профилактическая деятельность и, соответственно, профилактические программы имеют свою специфику. А значит, выдвигаются особые требования к программам профилактики ВИЧ-инфекции, которые должны найти отражение в Государственном стандарте. Определение этих требований и их утверждение пока остается делом будущего.

Профилактические программы являются основной конкретной формой реализации профилактики ВИЧ-инфекции, поэтому их рассмотрению мы посвятим отдельный раздел.

Учитывая масштабы эпидемии ВИЧ-инфекции и вовлечение в проблему ВИЧ/СПИДа тактически всех возрастных групп, профилактические программы по предупреждению ВИЧ-инфицирования и сопровождению ВИЧ-инфицированных в идеале должны реализовываться во всех учреждениях образования, соответственно быть адаптированы к контингенту учащихся. То есть необходимо соблюдение принципа дифференцированного подхода с учетом возраста, клинико-

психологических и социально-психологических особенностей учащихся, а также степени вовлеченности учащихся в проблему ВИЧ/СПИДа.

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

Кроме того, эффективная профилактическая деятельность может быть организована только при условии усиления межведомственной координации усилий, и в частности, создании, координационных советов по данной проблеме. В настоящее время создан и действует Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИД Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, который осуществляет взаимодействие между государственными, общественными организациями, участвующими в борьбе с ВИЧ/СПИДом на территории Российской Федерации. В состав координационного совета входит и представитель Министерства образования и науки РФ.

Таким образом, для осуществления профилактической деятельности в образовательной среде есть все предпосылки: с одной стороны необходимость реализации такой деятельности среди несовершеннолетних и молодежи, с другой наличие организационных ресурсов для проведения такой деятельности в системе образования. В то же время профилактика ВИЧ-инфекции в образовательной среде – новая деятельность, которая потребует внесения некоторых изменений в работу образовательных учреждений и органов управления образованием, разработки и внедрения адресных профилактических программ.

1.2 Стратегии работы в области профилактики ВИЧ-инфекции

По оценкам экспертов ВОЗ, эпидемия ВИЧ/СПИДа является предотвращаемой, в первую очередь, за счет просвещения людей и изменения ими своего стиля поведения, направленного на уменьшение степени риска и повышении мотивации на здоровый образ жизни. Однако в современном обществе сложилась ситуация, когда у большинства индивидуумов отсутствует мотивация на здоровый образ жизни, и нет устойчивых знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа. Системный подход позволит реализовать главную стратегию концепции профилактики ВИЧ/СПИДа - уменьшение уязвимости населения подросткового и молодого возраста.

Приоритет превентивного обучения учащихся образовательных учреждений при решении проблемы распространения ВИЧ/СПИДа обусловлен следующим: с одной стороны, современные тенденции заболеваемости ВИЧ свидетельствуют о том, что ведущим становится гетеросексуальный путь заражения, соответственно, учитывая ранний возраст начала половой жизни и относительной сексуальной свободы молодых людей, основной «группой риска» становятся уже не столько маргинальные слои общества, сколько вполне благополучная молодежь, большая часть которой в этот период жизни проходит обучение в образовательных учреждениях; в то же время остается достаточно актуальным такой путь инфицирования ВИЧ как использование нестерильных шприцев при введении инъекционных наркотиков, также наиболее распространенный среди лиц молодого возраста.

Таким образом, молодежь является группой населения с высокой вероятностью заражения ВИЧ, и основной фокус-группой профилактических мероприятий в первую очередь, проводимых образовательными учреждениями. При этом начало профилактической работы должно быть как можно более ранним, поскольку эффективными в направлении превенции ВИЧ может считаться не столько исключительно информационно-просветительская работа, сколько

целенаправленная деятельность по формированию ценности и навыков ведения здорового и безопасного образа жизни, которая требует достаточно долгого времени. Необходимо отметить, что ни одна мера в целях профилактики не будет эффективной сама по себе. Профилактика должна быть комплексной.

Комплексная программа профилактики должна в себя включать следующие элементы:

1. Просвещение и информирование населения в области ВИЧ/СПИДа с акцентом на противодействие стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных;
2. Укрепление семьи и внутрисемейной коммуникации; пропаганду индивидуальных средств защиты, верности, семейных ценностей, воздержания и снижения числа сексуальных партнеров;
3. Профилактику и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП)
4. Первичную профилактику среди беременных женщин;
5. Тренинги, направленные на изменение рискованного поведения, особенно для молодежи и групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования;
6. Развитие личностных ресурсов, эффективных стратегий поведения и повышение социальной, межличностной и полоролевой компетентности детей, подростков и молодежи;
7. Формирование мотивации на адаптивное и социально эффективное поведение ВИЧ инфицированных лиц.

Реализация этих направлений профилактической работы возможна только в рамках целевой программы превентивного обучения с формированием мотивации на здоровый образ жизни, изменение проблемного и рискованного поведения, повышение социальной, межличностной компетентности. Лишь некоторые из указанных

направлений могут реализовываться в образовательной среде, но и для этого в образовательную среду.

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

1. Просвещение на основе профилактических программ, включенных в учебный процесс, формирование личностно-средовых ресурсов, эффективных стратегий поведения, что будет способствовать формированию ответственности за свою собственную жизнь, осознанный выбор здорового жизненного стиля, приобретение уверенности для противостояния негативному влиянию среды, и минимизацию поведения риска, формирование здоровой системы полоролевой и семейной идентификации личности.
2. Мотивационное консультирование, направленное на формирование мотивации, на изменение проблемного поведения в сторону здорового. Семейное мотивационное консультирование, направленное на изменение проблемного поведения в семье в сторону здорового взаимодействия.
3. Обучение родителей основам сексуального воспитания детей.
4. Создание поддерживающего окружения. Эти стратегии должны гарантировать направление имеющихся ресурсов на расширение прав молодежи на консультативную помощь, программную профилактическую поддержку, медицинское обслуживание и на ликвидацию всех дискриминационных структур и процедур.
5. Охват людей, которые влияют на молодежь. Родители, члены семьи, учителя, старшие люди оказывают большое влияние на молодежь. Когда авторитетные для молодежи люди своими действиями дают пример для подражания и обеспечивают безопасное окружение, доверительные отношения и возможность

для самовыражения, молодежь положительно воспринимает инициативы по формированию безопасного поведения.

6. Привлечение молодежи на руководящие роли в противодействии эпидемии. Для лидерства не существует возрастных ограничений. Молодежь — это ресурс, а не олицетворение проблем. В этой связи необходимо развитие стратегии лидерского и волонтерского движения. Особенно это актуально для ВУЗов, где программы профилактики ВИЧ-инфекции должны активно инициироваться и координироваться вузовской молодежью.
7. Мобилизация образовательной системы, которая должна создать основу для всестороннего включения программ профилактики и реализации ее стратегий.
8. Преодоление гендерного неравенства путем защиты прав девушек и расширения перспектив для получения образования и заработка.
9. Недопустимость сексуальной эксплуатации и жестокого отношения к девочкам и мальчикам.
10. Инициирование диалога на деликатные темы. Взрослые и молодежь должны совместно решать вопросы половой жизни подростков, просвещения в области сексуального здоровья, сексуального насилия, гендерных ролей и общественных традиций.

1.3 Теоретические основы профилактики

К базовым теоретическим концепциям профилактики следует отнести комплекс теоретических разработок, в основе которых лежат: **теория социального научения и самоэффективности**, а также **теория продвижения к здоровью** А. Bandura; теория проблемного поведения R. Jessor; концепция здорового жизненного стиля (Всемирная Организация Здравоохранения); теория жизненных навыков J. Botvin; мотивационная

теория постадийного изменения поведения; транзакциональная теория стресса копинг R. Lazarus и другие.

Теория продвижения к здоровью. В последние годы произошли большие изменения в разработке концепции человеческого здоровья и болезни.

Исследователи предпочитают подход «моделирования здоровья» подходу «моделирования болезни», как более перспективному. Модель здоровья основывается на понятии продвижения к здоровью, как профилактике, а точнее – превенции болезней. Понятие превенции используются как более широкое и предполагающее не только уход от болезни, развитие протективных факторов, способствующих здоровью. Социально-когнитивные теории и, прежде всего, работы А. Bandura R. Lazarus обеспечили хороший базис понимания того, что состоянием своего здоровья и благополучия человек способен управлять сам.

Для эффективности профилактических действий необходимо, чтобы человек имел: адекватные знания о факторах риска и рискованных поведенческих паттернах для того, чтобы управлять своим здоровьем в направлении его защиты и улучшения; убеждение в своей эффективности (самоэффективности) в возможности регулировать свое здоровье. Это – центральная идея социально когнитивной теории. Восприятие своей эффективности определяет уверенность в способности организовать свое поведение, мысли, чувства в благоприятном для себя направлении, несмотря на то, что, на человека воздействуют различные стрессовые события, и жизнь его постоянно меняется, предъявляя ему все новые и новые сюрпризы и требования. Вера в свою эффективность - огромный базис для действий. Потеря же людьми веры в себя может повлечь за собой эффект дезорганизации в том случае, когда человек будет встречаться с трудностями и изменениями окружающей действительности, что в принципе неизбежно.

Теория мотивации. Если человек не приходит к пониманию необходимости постоянных изменений своего мышления и стиля жизни, его жизнь сложится неудачно. Иными словами, он обречен на психическую и социальную дезадаптацию. В каком варианте будет проявляться эта дезадаптация — вопрос обстоятельств, скорее внешних, чем внутренних.

В связи с этим становится очевидной необходимостью работа с мотивацией на позитивное изменение и развитие на всех этапах и стадиях жизни человека, а тем более его выздоровления.

Методы работы с мотивацией лиц в процессе профилактики стали развиваться в последние десять лет, когда обнаружилась абсолютная очевидность того, что формирование здорового человека, а также лечение пациентов не готовых на изменение своего жизненного стиля не приводит к позитивным результатам. С другой стороны стал очевидным и тот факт, что люди, практикующие рискованное поведение, имеют право на помощь в формировании мотивационной готовности на помощь, изменение своего поведения, жизненного стиля и выздоровление.

Основные положения, характеризующие мотивацию к изменению:

- Мотивация (побуждение) - первоначальный и ключевой элемент в изменении поведения человека.
- Мотивация имеет сложную многокомпонентную структуру.
- Составные компоненты мотивации могут быть определены и измерены современными психодиагностическими методами.
- Мотивация - не статическое состояние, а динамический процесс, колеблющийся во времени и пространстве в зависимости от состояния личности и среды.

- Мотивация находится под влиянием внешних и внутренних воздействий, причем ведущим, как правило, является внутреннее воздействие (внутреннее побуждение). Внешние воздействия выступают в виде «социальной почвы».
- Мотивация может быть изменена.
- Мотивация на изменение поведения и жизненного стиля в целом может изменяться под влиянием родителей, педагогов, врача, психолога, консультанта, социальной среды.
- Стиль взаимодействия психолога всегда влияет на мотивацию к изменению.
- Задача врача или клинического психолога определить уровень мотивации человека к изменениям в его жизни и укрепить ее в позитивном направлении.
- Мотивация на изменение зависит от готовности человека к изменениям и от стадии, готовности, на которой находится человек.

Какие же принципы лежат в основе формирования мотивации на позитивные изменения.

- -Повышение осознания необходимости изменений поведения
- Социальная поддержка
- Высвобождение эмоций
- Внутренний контроль или ответственность
- Развитие здоровой, альтернативной активности
- Противодействие рискованному поведению со стороны социальной среды
- Поощрение успехов в изменении своего поведения
- Поддерживающие отношения с социальным окружением

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

Программы развития жизненных навыков охватывают две области:

- информация и социальная резистентность, имеющая целью превенцию употребления наркотиков;
- развитие личностных копинг-навыков.

Первый компонент программ - информационный. Он заключается в изложении информации о здоровье, о вреде рискованного поведения.. Второй компонент программ представляет собой развитие самоуправляемого поведения, сфокусированного на выбранном жизненном стиле, разработку планов самосовершенствования, развитие самооценки, социальной чувствительности и личностного контроля, обучение стратегиям принятия решений устойчивости к влияниям социальной среды и давлению людей, практикующих рискованное поведение. Преодоление личностной и ситуационной тревоги — еще одно важное направление программ развития жизненных навыков. Участники программ обучаются различным техникам редуцирующим тревогу, способствующим самоуправлению и релаксации, когда это необходимо. Третий важный компонент программ жизненных навыков - обучение различным социальным навыкам. Это -навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, навыки отказа от предложений употребления психоактивного вещества, раннего вступления в половые

отношения, навыки отстаивания своей позиции, персональных границ и поддержания дружеских связей.

Теория альтернативной деятельности. Впервые теоретическая концепция альтернативы наркотическим веществам была сформулирована Dochner (1972) и базировалась на следующих позициях:

- Психологическая зависимость от наркотика является результатом его заместительного эффекта.
- Многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности. Люди не прекращают употребление психоактивных веществ, улучшающих настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее.
- Альтернативы наркотикам являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению.

Данное направление подчеркивает важную роль среды и является попыткой развития специфической активности с целью уменьшить риск употребления наркотиков. Концепция альтернатив направлена на развитие осведомленности личности, развитие значимых интерперсональных связей, профессиональных навыков, эстетических установок, творческого и интеллектуального опыта, социально-политической вовлеченности. В целом выделяется четыре варианта программ альтернативной активности.

1. Предложение специфической активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает как волнение, так и предполагает преодоление различного рода препятствий среды.
2. Комбинация специфических потребностей со специфической активностью (например, потребность в

риске и поиску ощущений, свойственная людям, имеющим риск вовлечения в употребление наркотиков или алкоголизацию, удовлетворяется в этих программах посредством вовлеченности в экстремальные виды спорта - прыжки с парашютом и т.д.).

3. Поощрение участия во всех видах специфической активности.
4. Создание групп поддержки молодых людей, заботящихся о своей жизненной позиции.

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

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

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

- модель основного (главного) или направленного эффекта. Согласно этой модели наличие социальной поддержки само по себе

непосредственно влияет на сохранение здоровья. Отсутствие поддержки или ее слабость приводят к ухудшению здоровья.

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

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

1.4 Основные направления профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Профилактика ВИЧ-инфекции должна быть комплексной и развиваться по разным направлениям. По мнению экспертов ВОЗ и отечественных ученых, наиболее перспективными направлениями на сегодняшний день признаны:

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

Рассмотрим содержание каждого из выделенных направлений. Просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа предполагает обеспечение предоставления всесторонней и точной информации о путях

заражения ВИЧ и мерах их предупреждения; обстоятельствах, повышающих риск заражения (злоупотребление наркотическими средствами, ИППП и др.).

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

Рассмотрим основные принципы информирования о ВИЧ:

- ненанесение вреда неправильной информацией (исключение манипулирования);
- нейтральность в подаче информации;
- осведомленное
- осведомленное согласие (соглашающихся на получение профилактической информации ведущих групп);
- взаимоуважение в процессе информирования;
- всестороннее представление проблемы (объективность в подаче информации ее многоаспектность: рассмотрение физиологического, социального, демографического, правового, духовного, психологического аспектов);
- личностное отношение при рассказе о путях избежания ВИЧ;
- адекватность целевой группе (социокультурная и когнитивная информации);
- создание экзистенциальной перспективы (альтернативность, иерархичности ступенчатой информации, расстановка ударений, побуждение к более полному восприятию жизни с перспективами, ценностями, смыслом жизни, создание дальнейшей жизненной перспективы)
- сочувственное отношение к ВИЧ-инфицированным.

Информирование детей и молодежи в области ВИЧ/СПИД осуществляют не только специалисты образовательных учреждений, но и

родители. Соответственно необходимо просвещение родителей и лиц, их заменяющих.

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

Эффективность информирования и просвещения населения по проблеме ВИЧ/СПИДа во многом обеспечивается деятельностью средств массовой информации к подготовке журналистов, освещающих темы ВИЧ/СПИДа необходимо привлечение врачей, психологов, учителей.

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

Обучение ответственному поведению несовершеннолетних и молодежи.

Реализация этого направления профилактической работы возможна только в рамках превентивного обучения с формированием мотивации на здоровый образ жизни, изменение проблемного и рискованного поведения, повышение социальной, межличностной компетентности на основе профилактических образовательных программ.

Задачи, решаемые в рамках данного направления:

- формирование личностных ресурсов,
- развитие эффективных стратегий поведения, способствующих обретению ответственности за свою собственную жизнь,
- приобретение уверенности для противостояния негативному влиянию среды, минимизацию проявлений рискованного поведения

- формирование здоровой половой и семейной идентификации личности, в том числе мотивации на отсрочку сексуального дебюта.

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

В рамках данного направления осуществляется:

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

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

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

- Привлечение молодежи на лидирующие роли в противодействии эпидемии. В этой связи необходимо развитие лидерского и волонтерского движения с использованием опыта и ресурсов соответствующих общественных организаций
- Создание и поддержание в образовательных учреждениях организационных и психологических условий для реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции и сопровождения ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Конкретной формой реализации каждого из выделенных направлений профилактики ВИЧ/СПИДа являются профилактические программы.

1.5. Критерии эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции в образовательной среде

В настоящее время сформулированы основные требования к профилактическим программам в образовательной среде, которые касаются соответствия современным достижениям теории профилактики ВИЧ-инфекции основных структурных компонентов программы: определения целевой направленности и контингента воздействия, содержания профилактического воздействия, форм и методов работы, способов оценки эффективности проведенной профилактической работы.

Мировой опыт проведения профилактических программ позволил определить некоторые особенности профилактического воздействия, которые снижают эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Рассмотрим *признаки неэффективных профилактических программ*:

Доказано, что эффективность программы снижается, если профилактическая деятельность рассчитана на "население в целом" или на обширные и неоднородные группы населения (например, "молодежь").

Программа не позволяет добиться позитивных результатов, если изначально содержит неконкретные, неоднозначные или неприменимые в реальной жизни призывы.

Программы редко оказываются эффективными, если составлены и проводятся людьми "со стороны", мало знакомыми с конкретными условиями жизни целевой группы, на изменение осведомленности, установок и поведения которой направлены профилактические усилия.

С точки зрения технологии проведения профилактической работы малоэффективным оказался преимущественно односторонний дидактический подход (лекции и, раздача информационных буклетов). А также, если воздействие основано на чувстве страха или стыда, или применяются репрессивные меры.

Малоэффективно также рассматривать целевую группу как "объект воздействия", а не как сознательную силу, от которой зависит успех программы.

Рассмотрение особенностей малоэффективных программ позволяют более четко сформулировать требования к программам профилактики ВИЧ-инфекции, которые претендуют быть эффективными и результативными.

Потенциально эффективной, согласно современному подходу к профилактике ВИЧ-инфекции, может быть программа, которая соответствует следующим критериям эффективности:

1. Программа построена на концепции, которая адекватна современным направлениям профилактики.
2. В программе четко поставлены реалистичные цели и задачи, сформулированы конкретные результаты, которые могут быть измерены.
3. В программе определена логическая последовательность конкретных мероприятий, необходимых для достижения поставленных целей и получения предполагаемого результата.

4. Программа содержит критерии и способы оценки эффективности проводимой работы и предполагает контроль за полученными результатами.

5. Программа направлена на усиление проективных и адаптационных факторов и уменьшение факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией или развития СПИДа.

6. В программе четко определена целевая группа по таким параметрам, как: пол, возраст, сексуальная ориентация, этнические/культурные характеристики, степень вовлеченности в проблему ВИЧ/СПИДа, характер рискованного поведения, социальное окружение, условия жизни.

7. Программа предполагает развитие ресурсов личности, формирование эффективных стратегий поведения.

8. Программа ориентирована на изменение социального окружения от обучающихся и предполагает включение модулей для родителей, учителей, воспитателей, соответствующих тематике программ для несовершеннолетних, чтобы инициировать внутрисемейное обсуждение и выработку четкой внутрисемейной политики.

9. Программа предполагает применение интерактивных и тренинговых методов работы: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь и т.п.

10. Программа долгосрочная, предполагает регулярность профилактического воздействия, преемственность тем, цикличность профилактического воздействия.

11. Программа ориентирована на развитие местных ресурсов для обеспечения профилактической деятельности и предполагает подбор и обучение кадров; информационное и методическое обеспечение.

12. Программа ориентирована на социальный резонанс и учитывает его. Это выражается в привлечение общественного внимания к проблеме и проводимой профилактической работе, с задействованием СМИ.

13. Программа содержит потенциал дальнейшего распространения знаний, навыков и умений на другие группы населения, не задействованные в программе.

Соответствие выделенным критериям эффективности проверяется перед началом профилактической работы по программе, и позволяет проводить экспертную оценку программы перед ее апробированием на практике.

После проведения профилактических мероприятий, предусмотренных программой, необходима **оценка реальной эффективности программы**. Проверку эффективности следует проводить до и после реализации программы. Проводится также отсроченное тестирование спустя 6-8 месяцев после проведения мероприятий профилактической программы.

Критерии и способы оценки эффективности должны быть заложены в программу, но в общем виде они представляют собой совокупность произошедших с целевой группой и ее социальным окружением изменений. Эти и изменения происходят под влиянием профилактического воздействия, и касаются характеристик целевой группы и ее социального окружения, на которые прямо или косвенно ориентирована программа.

Характеристиками целевой группы, изменение которых может рассматриваться как критерии реальной эффективности программы, являются:

- знания по проблеме ВИЧ/СПИДа;
- установки по отношению к рискованному поведению;
- поведение;
- отношения с социальным окружением;
- уровни адаптированности;
- личностные и средовые ресурсы.

Выбор или разработка и внедрение профилактических программ в учебный и воспитательный процесс в образовательном учреждении – часть сложного процесса организации профилактической деятельности ОУ.

Рассмотрение вопросов организации профилактической деятельности в образовательном учреждении предполагает рассмотрение субъектов, объектов, основных направлений и технологий профилактической деятельности в ОУ.

1.6. Субъекты и объекты профилактики ВИЧ/СПИДа

Под субъектом профилактической деятельности понимается те специалисты и организации, которые осуществляет профилактику (включая планирование профилактических мероприятий и контроль за их осуществлением)

Основными субъектами профилактической деятельности в образовательной среде являются:

- специалисты образовательных учреждений;
- специалисты органов управления образованием;
- специалисты, входящие в состав межведомственных координационных советов по проблеме ВИЧ/СПИДа;
- привлеченные специалисты другой ведомственной подчиненности (медицинские работники, работники правоохранительных органов и органов юстиции);
- члены общественных организаций и объединений, занимающихся профилактикой ВИЧ/СПИДа;
- прошедшие специальную подготовку волонтеры из числа родителей и учащихся, подростков и молодежи, других заинтересованных категорий населения.

Объектом профилактического воздействия является целевая группа, на которую ориентирована профилактическая деятельность.

Необходимым условием эффективной профилактической деятельности является ориентация не только на учащегося, но и на его семью, само образовательное учреждение (включая работу со специалистами и создание определенной профилактической среды в ОУ), а также на то значимое окружение, которое имеется у учащегося за пределами образовательных учреждений в сфере досуга. Иными словами, согласно современному подходу к профилактике социально значимых болезней и девиаций в образовательной среде, основными объектами профилактического воздействия являются:

- учащиеся;
- семьи учащихся;
- работники образовательных учреждений;
- социальное окружение учащихся в сфере досуга.

Напомним, что целевая группа профилактики рассматривается не как пассивный «материал» для изменений, а как сознательная и активная сила, от которой зависит успех профилактической программы.

Каждый выделенный объект профилактической работы представляет собой неоднородную группу, особенности которой во многом определяют направления профилактической работы и технологии, применяемые в профилактике.

В настоящее время основой подбора содержания и технологии ведения профилактической деятельности среди несовершеннолетних и молодежи в образовательной среде является определение целевых групп по степени вовлеченности в проблему ВИЧ-инфекции

Можно выделить следующие **основные целевые группы** в соответствии со степенью вовлеченности в проблему ВИЧ-инфекции:

- здоровые учащиеся,

- учащиеся группы уязвимые для заражения ВИЧ-инфекцией,
- ВИЧ-инфицированные учащиеся,
- учащиеся и другие лица, контактирующие с ВИЧ-инфицированными.

В зависимости от основных объектов профилактического воздействия выделяются следующие *направления профилактической работы* в образовательном учреждении:

- общая информационно-профилактическая работа со здоровыми учащимися, их родителями и специалистами.
- адресная работа с уязвимыми группами по изменению рискованного поведения
- психолого-педагогическое сопровождение ВИЧ-инфицированных учащихся
 - поддержка учащихся, контактирующих с ВИЧ-инфицированными.

1.7. Подростковый возраст как фактор риска ВИЧ-инфицирования

Наиболее характерной чертой ВИЧ-эпидемии в России является возраст инфицированных: более 80% из них моложе 30 лет. По статистике, ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется именно среди молодых людей, то есть среди тех, кому еще нет 25 лет. Каждый четвертый из людей, страдающих ВИЧ, моложе 21 года. Незащищенные сексуальные контакты среди подростков приводят не только к распространению ВИЧ, но и различных инфекций, передаваемых половым путем. Такие инфекции, как хламидиоз и гонорея встречаются чаще среди подростков, чем среди взрослых.

Подростковый период является уникальным. Взрослеющий человек переживает множество физических и эмоциональных

изменений. Это время постоянного поиска и экспериментов. Эти эксперименты зачастую включают в себя секс и употребление наркотиков. В этот период роста и перемен молодые люди не знают, чему верить. Родители и учителя говорят, что необходимо воздерживаться, телевидение, фильмы и журналы говорят о потрясающих людях, которые занимаются сексом, курят и пьют. Также в обществе существует двойной стандарт в отношении сексуального поведения девушек и юношей. От девушек требуется сохранения невинности, а от юношей ожидают сексуальной активности и агрессивности, в качестве доказательства их мужественности.

Подростковый возраст - один из наиболее сложных периодов развития человека. Несмотря на относительную кратковременность, он практически во многом определяет всю дальнейшую жизнь индивидуума. Именно в подростковом возрасте преимущественно происходит формирование характера и других основ личности. Эти обстоятельства: переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности, смена привычного школьного обучения на другие виды социальной деятельности, а также бурная гормональная перестройка организма - делают подростка особенно уязвимым и податливым к отрицательным влияниям среды. При этом необходимо учитывать свойственное подросткам стремление высвободиться из-под опеки и контроля родителей, учителей и других воспитателей. Нередко это стремление приводит и к отрицанию духовных ценностей и стандартов жизни старшего поколения вообще. С другой стороны, всё более очевидными становятся и пробелы в воспитательной работе с подростками, особенно в семье.

Подростковому возрасту свойственны специфические особенности реагирования на различные внешние воздействия и нарушения поведения, которые могут быть и проявлением психического заболевания, но бывают и у подростков, не страдающих тяжелыми

психическими заболеваниями. Чаще всего такие нарушения свойственны подросткам с акцентуацией характера.

Акцентуации характера - это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определённого рода психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим.

В отношении акцентуаций существует две классификации типов. Первая, предложенная Леонгардом К., вторая - Личко А. Е.

Классификация Личко А. Е. отличается 1) специфичностью для подросткового возраста; 2) охватывает как психопатии (то есть патологические аномалии личности, так и акцентуации, то есть варианты нормы.

Для понимания причин нарушения поведения подростков крайне важным является знание особенностей разных типов акцентуаций характера. Рассмотрим их подробнее.

Гипертимный тип

Главная черта - почти всегда очень хорошее, приподнятое настроение. Первые трудности могут появиться при поступлении в школу. При хороших способностях, живом уме обнаруживается неусидчивость и отвлекаемость. Лишь изредка хорошее настроение омрачается вспышками раздражения, гнева, агрессии. Причиной негодования обычно служит противодействие со стороны окружающих, стремление со стороны последних слишком круто подавить желания и намерения подростка. Иногда поводом для раздражения становится сознание уж слишком явных собственных промахов и неудач. Вспышки раздражения и гнева учащаются и усиливаются в ситуации строго регламентированного дисциплинарного режима.

Специфические подростковые поведенческие реакции у этих подростков выражены достаточно сильно. В силу реакции эмансипации с родителями, педагогам; легко возникают конфликты. Как правило, обнаруживается склонность к самовольным отлучкам, иногда продолжительным. Настоящие побеги из дома у гипертимов встречаются нечасто.

Неудержимый интерес ко всему вокруг делает их неразборчивыми в выборе знакомств. Контакт со случайными встречными не представляет для них проблем. Они склонны к групповым формам делинквентного поведения.

Более серьезную опасность представляет алкоголизация. Предпочитают неглубокие, эйфорические стадии опьянения, но легко становятся на путь частых и даже регулярных выпивок. Если представится случай, могут попробовать наркотики, успокаивая себя мыслью, что «алкоголиком или наркоманом от этого не станешь».

Половое чувство рано пробуждается и бывает довольно сильным.

Циклоидный тип

С наступлением пубертатного периода возникает первая субдепрессивная фаза. Чаще она проявляется апатией и раздражительностью. На замечания и укоры могут отвечать раздражением, даже грубостью и гневом, но в глубине души от них впадают в еще большее уныние. Их серьезные неудачи и нарекания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию интропунитивного типа с суицидными попытками.

Подростковые реакции усиливаются в периоды подъема настроения. Увлечения отличаются нестойкостью, выраженное нарушение поведения (делинквентность, побеги из дома) циклоидам не свойственны.

Лабильный тип

Главная черта - крайняя изменчивость настроения. Действительные неприятности, несчастья лабильные подростки переносят чрезвычайно тяжело, обнаруживая склонность к острым, аффективным реакциям, реактивным депрессиям, тяжелым невротическим срывам.

В группе сверстников они не претендуют на роль вожака, а ищут эмоциональные контакты. Самооценка отличается искренностью.

Астено-невротический тип

Главной чертой является повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях. Раздражительность более всего сходна с аффективными вспышками при лабильной акцентуации. Раздражение по ничтожному поводу легко изливается на окружающих, порой случайно попавших под горячую руку, и столь же легко сменяется раскаянием и даже слезами. В отличие от 1) эпилептоидной акцентуации, аффекту не бывают присущи ни постепенное накапливание, ни сила, ни продолжительность; 2) от вспыльчивости при гипертимной акцентуации поводом для вспышек вовсе не обязательно служит встречаемое противодействие, бурного неистовства аффект также никогда не достигает; 3) от лабильной акцентуации аффективные вспышки связаны не с перепадами настроения, а отчетливо прослеживается возрастание раздражительности в процессе утомления.

При этом типе акцентуации не встречается ни делинквентности, ни побегов из дома, ни алкоголизации.

Сенситивный тип

Они пугливы и боязливы. Такие дети часто боятся темноты, сторонятся животных, страшатся остаться одни. Они чуждаются слишком бойких и шумных сверстников, рискованных шалостей. Часто слывут «домашним ребёнком». Трудности адаптации начинаются в 16-19 лет в период смены привычного школьного стереотипа на трудовой. Чувство собственной неполноценности у них делает особенно выраженной реакцию гиперкомпенсации. Они ищут самоутверждения не в стороне от слабых мест своей натуры, не в областях, где могут раскрыться их способности, а именно там, где чувствуют свою неполноценность. Самобичевание и самоукоры могут доводить до суицидальных мыслей.

Суицидальное поведение сенситивных подростков отличается двумя особенностями: 1) Повторными вспышками суицидальных мыслей без осуществления каких-либо попыток. Появление подобных мыслей всегда обусловлено ситуацией - ударами жизни по слабым местам. 2) Истинными суицидальными действиями, лишёнными всякого элемента демонстративности.

Ни к алкоголизации, ни к токсикоманическому поведению вообще, ни к делинквентности эти подростки не склонны.

«Ахиллесовой пятой» этого типа является отношение к ним окружающих.

Сенситивная акцентуация служит почвой для острых аффективных реакций интропунитивного типа, фобического невроза, реактивных депрессий, особой группой энореактивных психозов (энореактивной пубертатной анорексией, подростковой дисморфоманией).

Психастенический тип

Данный тип характеризуется робостью, нерешительностью, тревожной мнительностью, склонностью к возникновению obsessions,

моторной неловкостью, стремлением к рассуждательству и ранними «интеллектуальными» интересами.

Критическим периодом, когда психастенический характер разворачивается почти во всей полноте, являются первые классы школы, с их первыми требованиями к чувству ответственности.

Подростковые поведенческие реакции выражены слабо и своеобразно. Вместо реакции эмансипации нередко приходится видеть патологическую привязанность к кому-нибудь из членов семьи. Тяга к сверстникам проявляется в робких формах - места в подростковой группе им обычно не находится.

Сексуальное развитие обычно опережает общее физическое. Нередко наблюдается интенсивный онанизм, который становится источником самоугрызений и символических запретов.

Шизоидный тип

Наиболее существенными чертами данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Подростковый возраст является самым тяжёлым для шизоидной психопатии. С наступлением полового созревания все черты характера выступают с особой яркостью. Недостаток интуиции и неспособность сопереживания обуславливают, вероятно, то, что называют холодностью шизоидов. Их поступки могут казаться жестокими, но они связаны с неумением вчувствоваться в страдания других, а не с желанием получить садистическое наслаждение, как у эпилептоидов.

Шизоидный подросток может долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному распорядку жизни, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир его интересов, фантазий, увлечений. Вместе с тем реакция эмансипации может легко оборачиваться социальной нонконформностью

- негодованием по поводу существующих правил и порядков. Подобного рода суждения могут долго и скрыто вынашиваться и неожиданно для окружающих реализовываться в публичных выступлениях и нерешительных действиях.

Делинквентность, алкоголизация, суицидальное поведение при шизоидном типе характера встречаются нечасто, при этом в самом делинквентном поведении явственно выступают шизоидные черты. Н.И.Озерецкий (1932) отмечал, что шизоиды предпочитают воровать в одиночку, выбирают воровскую профессию, требующую искусных навыков. Шизоидные подростки, не будучи склонны к групповой делинквентности, могут совершать, правонарушения, «во имя группы». В одиночку также совершаются сексуальные правонарушения (эксгибиционизм, сексуальная агрессия). Иногда делинквентному поведению и серьёзному правонарушению предшествует приём небольшой дозы алкоголя в качестве «допинга», но настоящего алкогольного опьянения не бывает.

Эпилептоидный тип

Главными чертами этого типа являются - склонность к дисфории и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженность инстинктивной сферы, иногда достигающая аномалия влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность. Дисфории, длящиеся часами и днями, отличает злобно тоскливая окраска настроения, накапливающееся раздражение, поиск объекта, на котором можно сорвать злобу. Аффективные разряды эпилептоида лишь на первый взгляд кажутся внезапными. Повод для взрыва может быть случайным, сыграть роль последней капли. Аффекты отличаются не только большой силой, но и продолжительностью – эпилептоид долго не может остыть.

В детстве дисфории проявляются капризами, стремлением нарочито изводить окружающих, хмурой озлобленностью. Рано могут обнаружиться садистические склонности - такие дети любят мучить животных исподтишка дразнить и бить младших и слабых, издеваться над беспомощными и неспособными дать отпор.

Любовь у представителей этого типа почти всегда бывает окрашена мрачными тонами ревности. Невинный флирт трактуется как тяжкое предательство. Эпилептоидные подростки склонны к сексуальным эксцессам, а их половое влечение сопряжено с садистическими, а иногда и с мазохистическими стремлениями. (Одной из нечастых, но ярких форм нарушения влечения является патологическая страсть к незавершенным самоудавлениям). Иногда эти действия неправильно трактуются окружающими как суицидные поступки.

Напряжённость и вместе с тем необычность влечений нередко проявляется в особой манере алкоголизации. После первых опьянений может возникнуть потребность «пить до отключения». Предпочитают водку и папиросы с крепким табаком. Такие формы нарушения влечения как дромомания и пиромания, встречаются относительно редко.

Серьезные трудности для анализа представляет склонность к суицидальному поведению. У эпилептоидных подростков истинные суицидные действия крайне редки. У подростков этого типа чаще наблюдается демонстративное суицидальное поведение, нередко носящая характер явного суицидного шантажа. В отличие от демонстративного суицидального поведения при истероидном типе у эпилептоидных подростков такие действия чаще всего спровоцированы наказаниями, которые подростками трактуются как несправедливые и окрашиваются чувством мести в отношении обидчика. Другой причиной суицидальных демонстраций бывает ревность к объему влюбленности.

Реакция эмансипации может протекать очень тяжело. Дело доходит до полного разрыва с родными, в отношении к которым выступает крайняя озлобленность и мстительность. Реакция группирования тесно сопряжена со стремлением к властвованию, реакция увлечения - чаще всего азартные игры.

Истероидный тип

Его главная черта - беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей персоне, восхищения, удивления. Кажущаяся эмоциональность в действительности оборачивается отсутствием глубоких, искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театральности. Среди поведенческих проявлений истероидности у подростков, которые служат поводом для обращения к психиатру, на первое место следует поставить суицидные демонстрации. Способы суицида выбираются при этом только самые безопасные (порезы вен на предплечье, лекарства из домашней аптечки) либо рассчитанные на то, что серьезная попытка будет предупреждена окружающими. Причинами могут являться: неудачная любовь, необходимость выпутаться из опасной ситуации. Делинквентность истероидных подростков обычно носит несерьезный характер.

При истероидных психопатиях под влиянием психических травм могут развиваться реактивные истерические психозы - истерические сумеречные состояния, псевдодеменция.

Таким образом, в подростковом возрасте в силу сложности и противоречивости особенностей растущих людей, внутренних и внешних условий их развития могут возникать ситуации, которые нарушают нормальный его ход.

Происходящие изменения личности подростков связаны с интенсивным половым созреванием, которое сопровождается возникновением часто неосознанного полового влечения, новых сексуальных переживаний. Перестройка гормональной системы зачастую становится причиной повышенной эмоциональной нестабильности: резкие смены настроений, переходы от экзальтации к депрессии и от депрессии к экзальтации. Однако эмоциональные реакции и поведение подростков не могут быть объяснены лишь гормональными сдвигами. Они зависят также от социальных факторов и условий воспитания.

Ключевое положение среди поведенческих проявлений занимают: однотипное реагирование на проблемные ситуации, неуверенность в себе, избегание решения проблем, нестабильность в отношениях, высокий уровень притязаний при отсутствии критики своих возможностей. В поведении подростков можно выделить несколько наиболее типичных способов реагирования на требования жизненных ситуаций:

Реакция протеста (оппозиции) - одна из наиболее частых реакций в подростковом возрасте. Это непостоянная и преходящая реакция, характеризующаяся избирательностью и направленностью. Протестные формы поведения возникают у подростков в ответ на обиду, ущемленное самолюбие, недовольство требованиями или отношениями близких. Реакции протеста могут быть пассивными и активными. К реакциям пассивного протеста обычно относят отказ от еды, уходы из дома, мутизм, суицидальные попытки, замаскированную враждебность, а также ряд нарушений соматовегетативных функций, особенно рвоту, энурез и энкопрез. Реакции активного протеста проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего, а иногда агрессивного поведения в ответ на различные психологические трудности (неправильные методы воспитания, устрашение, ущемление самолюбия, эмоциональная депривация, конфликтная ситуация в детском коллективе

и др.). Такие формы реакций наблюдаются только в психотравмирующей ситуации, имеют четкую направленность против определенных лиц, явившихся источником отрицательно окрашенных переживаний, относительно кратковременны и не склонны к фиксации. Чаще наблюдаются у подростков с чертами эмоциональной возбудимости. Активные реакции протеста выражаются и в стремлении делать назло, причинять вред человеку, который обидел подростка, с помощью оговоров, лжи, кражи, вплоть до жестоких поступков и даже убийства животного, принадлежащего этому человеку. Таким поведением подросток мстит обидчику. В отдельных случаях реакция протеста закрепляется и в последствии распространяется на взрослых вообще. Тогда подросток проявляет протестную реакцию в разной обстановке, и сила его реакции не соответствует раздражителю.

Своими подчас немymi, утрированными поступками подростки как бы вызывают о помощи. Они не умеют это выразить словами, такое выражение эмоционального состояния вообще несвойственно подросткам, но этот безмолвный призыв о помощи отчетливо звучит в каждом их поступке.

Реакция отказа - проявляется в отказе от общения, игр, приема пищи, выполнения домашних обязанностей или школьных уроков и др. Особенно выражена реакция отказа, если ребенок попадает в условия, где все разительно отличается от его домашних условий и где с ним чрезмерно строги, наказывают его, и он лишен любви и заботы. Подросток переживает «потерю перспективы», испытывает чувство отчаяния, в поведении его отмечаются отсутствие стремления к контактам с окружающими, страх всего нового, пассивность, отказ от обычных желаний и стремлений («отказ от притязаний»), аспонтанность, нередко бездумный характер ответов. В некоторых случаях аспонтанность подростка, снижение интереса к окружающему, бездумные ответы могут создавать впечатление умственной отсталости.

Если ситуация меняется и подросток оказывается в благоприятных для него условиях, то его поведение нормализуется.

Реакция имитации - это изменение поведения, связанное с подражанием поведению окружающих, которые обладают авторитетом в глазах ребенка или подростка. В детском возрасте чаще всего имитируется форма поведения родителей и воспитателей, в подростковом - формы поведения более старших подростков, особенно обладающих так называемыми лидерскими качествами, а также взрослых, имеющих какие-либо качества идеала, созданного воображением подростка. Реакциям имитации принадлежит важная роль в формировании характера и личности в целом. Вместе с тем они могут становиться источником возникновения асоциального поведения (сквернословие, бродяжничество, хулиганские поступки, мелкое воровство), а также многих вредных привычек, таких, как курение, употребление алкоголя, наркотиков и т.п. В отличие от взрослых, подростки еще не умеют использовать чужой негативный опыт. Они не осознают, что такое преступление, закон, тюрьма и всего, что с этим связано. Подростки не знают и не боятся социальных последствий правонарушений. Склонность к возникновению социально отрицательных реакций имитации особенно велика у подростков с чертами эмоционально-волевой неустойчивости.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации - это усиление тех личностных проявлений и возникновение таких форм поведения, которые маскируют ту или иную слабую сторону личности или являются средством «психологической защиты» личности от переживаний собственной неполноценности, связанных с сознанием какого-либо физического или психического недостатка. При реакциях гиперкомпенсации защитные формы поведения приобретают гипертрофированный, а нередко карикатурный характер, в связи с чем, могут стать источником трудностей поведения и социальной

дезадаптации. Проявления реакций компенсации и гиперкомпенсации крайне разнообразны, но мало изучены. Сюда могут относиться компенсаторные фантазии замещающего характера, компенсаторные игры, внешняя показная бравада, нарушение школьной дисциплины, самооговоры из стремления завоевать недостающий авторитет и т.п. Реакции данной группы чаще всего свойственны подросткам, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям, растущим в неполных или деформированных семьях, а также подросткам, страдающим комплексом неполноценности из-за физического дефекта, дефекта речи, подросткам-инвалидам и страдающим неврозами.

Реакция группирования со сверстниками. Этот вид реакции проявляется в стремлении подростков образовывать более или менее стойкие спонтанные группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения, имеются свои лидеры и исполнители, происходит более или менее естественное распределение «ролей», в основе которого чаще лежат индивидуальные особенности личности подростков. Склонностью подростков к группированию объясняют факт преобладания групповых правонарушений, совершаемых подростками. Повышенная склонность к объединению в группы с подростками, отличающимися асоциальным поведением, считается характерной чертой подростков с так называемой педагогической запущенностью.

Делинквентное поведение. Этот термин обозначает различные проступки, провинности, нарушение общественных норм поведения, мелкое хулиганство и мелкое воровство. От криминальных действий делинквентное поведение отличается незначительностью правонарушений и обычно не влечет за собой уголовного наказания. Причинами такого поведения подростков обычно бывают недостатки воспитания. Бездзорность, отсутствие семейного контроля и внимания родителей - это основа для делинквентного поведения в подростковом

возрасте. Многие из них - дети из неполных семей или из так называемых «деформированных» семей.

Реакция эмансипации - это борьба подростка за свою самостоятельность, независимость, самоутверждение. Он хочет освободиться от контроля и опеки взрослых любыми способами. Чем больше подавляют и контролируют подростка, тем больше он хочет избавиться от внимания взрослых. Наперекор им он начинает поступать «по-своему», демонстрирует, что он уже «самостоятельный». Это вполне закономерная реакция для этого возраста и со временем она проходит. Крайние формы она приобретает при неправильном поведении родителей - если они его гиперопекают или проявляют деспотизм и требования беспрекословного подчинения. Если в младшем возрасте ребенок еще мог подчиняться такому давлению родителей, то в подростковом возрасте возможны побеги из дома и бродяжничество.

Побеги из дома. Есть много причин побегов подростков из дома, например, когда с ними плохо обращаются в семье, унижают или бьют, когда родители - алкоголики, в случае сексуального насилия со стороны отчима или отца. Побег можно рассматривать как реакцию протеста на недостаточное внимание родителей или на их чрезмерные требования и деспотизм. Сбежав из дома, подростки расценивают свою новую жизнь как «свободу от семьи и школы». Таким образом, они избавляются от надоевшей опеки учителей и родителей, от всех обязанностей и принуждений. В некоторых случаях побег из дома случается после того, как подросток совершил проступок и боится наказания взрослых. Иногда подростки совершают побеги из дома из-за недостаточного надзора или ради поиска развлечений, приключений и свободы. Убегают из дома и подростки склонные к фантазерству и мечтательности, начитавшись книг о знаменитых путешественниках и дальних странах.

Реакции увлечения. Большинству подростков свойственны различные увлечения и хобби. Они могут быть устойчивыми, например

коллекционирование, занятие спортом, но могут быть и нестойкими, когда подросток увлекается то одним, то другим. У некоторых подростков увлечения связаны со стремлением быть в центре внимания. Они участвуют в художественной самодеятельности, в школьных спектаклях, публикуют свои стихи в школьной стенгазете и т.п. Некоторые избирают изысканные, необычные хобби, чтобы выделиться среди сверстников. В большинстве случаев в этом нет никакой патологии, со временем эти увлечения проходят или сохраняются, но отрицательного воздействия на поведение подростка не оказывают. Патологией являются чрезмерно выраженные увлечения, когда из-за них подросток забрасывает школьные занятия и все свое свободное время отдает хобби. Бывает, что ради реализации хобби подросток совершает противоправные действия, например мелкое воровство, спекуляция или попрошайничество, может сойтись с асоциальными личностями.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Сюда относят различные виды мастурбации у подростков, раннее вступление в половую жизнь, беспорядочные половые связи и др. В их возникновении ведущая роль принадлежит повышенному, но в то же время недостаточно дифференцированному половому влечению, реализовать которое в естественных условиях подросток не может. По этой причине для удовлетворения сексуального влечения могут использоваться и сексуальные извращения.

Многие крайние нарушения поведения подростков (за исключением тяжелых психических заболеваний) вызваны неправильным поведением родителей. Бывает, что родители не только некритичны к своим «методам» воспитания детей, но чаще всего винят в этом самого ребенка или его сверстников, которые «втянули» его в плохую компанию. Большинство вышеописанных поведенческих реакций - компенсации, увлечений, эмансипации, группирования со

сверстниками, имитации - свойственно подавляющему большинству подростков и могут не принимать крайние формы.

Патологическим поведение становится, когда реакции распространяются за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли, если они сопровождаются невротическими расстройствами и если затрудняют или нарушают социальную адаптацию.

При обследовании подростков выделяют ряд поддерживающих условий девиаций поведения (психосоциальных стрессоров), которые учитываются при проведении психодиагностической и психотерапевтической работы.

Психосоциальные стрессоры семьи: длительный супружеский конфликт, конфликт между супругами в сфере воспитания, длительный период развода и связанное с ним напряжение, недостаточное использование внешних ресурсов для развития ребенка, враждебное или оскорбительное отношение к ребенку, неадекватный родительский контроль, неустойчивый стиль воспитания, требование жесткой дисциплины от ребенка, потеря значимого для ребенка члена семьи, физическая или психическая болезнь одного из членов семьи, включая алкоголизм или наркоманию.

Психосоциальные стрессоры, связанные с обстоятельствами жизни: смена местожительства, пребывание в квартире чужих людей или частая смена людей с разными типами характера, низкий материальный уровень семьи.

Психосоциальные стрессоры, связанные с особенностями ребенка: нарушение когнитивных функций, нарушение школьных навыков, неспособность к обучению в обычной школе.

У подростка происходят большие перемены - и в жизни, и в организме. На эти изменения он реагирует выработкой определенной системы запретов и предписаний на основе своих личностных

особенностей и жизненного опыта. Если у ребенка имели место фрустрации потребностей на предыдущих этапах развития, они могут отражаться в дисгармонии развития, в различных невротических и поведенческих расстройствах.

В биологической сфере происходят гормональные и физические изменения, быстро, рывком, меняются организмы мальчиков и девочек. Девочки быстро растут и взрослеют быстрее, года на два опережая ровесников - мальчиков. Меняется секреция андрогенов, эстрогена и прогестерона, что приводит к автономии и половой идентификации.

Быстро развивается сексуальность. Незрелой психике ребенка становится неуютно в новой оболочке.

Биологические изменения дополняются психологическими. Характер отношений со сверстниками и родителями меняется в переходном возрасте. Обостряются проблемы зависимости - независимости. Круг друзей, в том числе противоположного пола, расширяется. Мальчики и девочки ходят на свидания, происходит подготовка к сексуальным отношениям. Позже возникают пары, которые отделяются от компании. Дружба становится теснее и продолжительнее. Нарастает тенденция к установлению связей вне дома в референтной группе. Подростки проводят больше времени со сверстниками, чем с семьей.

В подростковом возрасте когнитивные способности расширяются, подросток способен к генерированию и исследованию гипотез и абстрактному мышлению.

Выделяют несколько задач, которые необходимо осуществить подростку в своем развитии: физическое созревание должно соответствовать возрасту подростка; познание своего внутреннего мира должно быть интересно; должно осуществиться партнерство в подростковой группе; должна сформироваться половая идентичность; устанавливаются гетеросексуальные отношения; многие решения

следует принимать независимо от родителей; морально-ценностные установки становятся зрелыми; временная перспектива должна быть широкой (выбор специальности, образовательного маршрута).

Говоря о подростковом периоде (с позиции психологии развития), необходимо четко понимать следующее.

- Не существует какого-либо определенного класса подростков. Можно выделить «идеальный» тип и вариант статистической нормы, но и индивидуальные различия очень велики.
- Процесс развития не совсем упорядочен и не линейен, скорее, это движение по спирали с подъемами и временными спадами.
- Неравномерность развития наблюдается не только у подростков, но и также и у их родителей.

Дети и подростки, со свойственной этому возрасту особой чувствительностью, оказываются наиболее незащищенными, уязвимыми, одинокими и психологически беспомощными перед жизненными трудностями. Часто они не готовы к новым жестким требованиям общества, не способны сделать самостоятельный выбор и взять на себя ответственность за свое поведение, за свое будущее, и поэтому оказываются в стрессовых ситуациях. Не обладая жизненными навыками, не умея выбирать эффективные способы снятия напряжения, которые давали бы им возможность сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный стиль жизни, они не справляются с многочисленными проблемами. Это приводит к дезадаптивному и саморазрушающему поведению, в том числе, злоупотреблению психоактивными веществами, рискованному половому поведению, а, как следствие, - заражению ВИЧ-инфекцией.

Из вышеизложенного можно сделать вывод о том, что в подростковом возрасте очень важно удовлетворение базовых фундаментальных потребностей, таких как: потребность в любви, признании, принадлежности и самоуважении; когнитивных

потребностей - в познании и понимании; эстетических - в красоте, в порядке; экспрессивных - потребностей в эмоциональном и моторном самовыражении. Не удовлетворив эти потребности, подросток не может перейти к более высоким потребностям, таким как - потребность роста и самоактуализации, к развитию своих способностей и задатков, что приводит к саморазрушающему и дисгармоничному развитию личности, неумению преодолевать стресс.

Таким образом, очевидно, что подростковый возраст требует к себе особого внимания, т.к. недооценка особенностей, свойственных подростку, может привести к тому, что в этот сложный период, когда ребенка преследует масса трудностей в связи с новым типом осознания себя, происходящего вокруг и другими новообразованиями данного возраста, подросток может остаться с ними один на один. Последствиями такой ситуации может стать: асоциальное поведение, алкоголизм и наркомания, ВИЧ/СПИД, аутоагрессия, психопатические черты характера и т.д.

Важно чтобы родители адекватно воспринимали собственных детей в этот возрастной период и не обвиняли их в излишнем эгоизме, так как это может привести к акцентуации для подростка переживания собственного одиночества и отчуждению от семьи. «Если родители не принимают меня таким, какой я есть, пусть остаются одни, без меня».

В результате, очень важно, чтобы в этот период в семье царило доверие и уважение к мнению каждого ее члена. Только в этом случае ребенок не станет искать поддержки вне семьи, не попадет под влияние группы сверстников, которая в свою очередь может стать причиной приобщения к различным видам отклоняющегося поведения, в том числе к употреблению наркотиков, а с ним и риску заражения ВИЧ/СПИДом.

Контрольные вопросы:

1. Объясните, в чем заключается комплексность профилактики ВИЧ-инфекции?
2. Назовите основные стратегии профилактической работы.
3. Назовите базовые теории, лежащие в основе концепции профилактики ВИЧ-инфекции.
4. Назовите базовые теории, лежащие в основе профилактики.
5. Перечислите основные субъекты и объекты профилактики в образовательной среде.
6. Каковы основные направления профилактики в образовательной среде?
7. Каковы критерии эффективности профилактических программ
8. Подростки каких типов акцентуаций характера наиболее склонны к поведенческим девиациям, наркозависимому поведению, ВИЧ/СПИДу?
9. Дайте характеристику наиболее распространенных поведенческих реакций подростков на психотравмирующую ситуацию, связанную с риском его ВИЧ-инфицирования.
10. Опишите особенности копинг-поведения подростков на стрессовые ситуации.

Глава 2: Разработка программ первичной профилактики ВИЧ-инфекции

2.1 Цели, задачи и технологии первичной профилактики ВИЧ-инфекции

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

Первичная профилактика ВИЧ – инфекции и других социально-обусловленных заболеваний имеет целью предотвратить возникновение нарушения или начала болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями:

- а) развивая и усиливая мотивацию на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует;
- б) направляя процесс осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды;
- в) усиливая адаптационные факторы или факторы стрессорезистентности, ресурсы личности и среды, понижающие восприимчивость к болезни;
- г) воздействуя на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;
- д) развивая процесс самоуправления индивидом своей жизнью (управление само осознанием, поведением, изменением, развитием);
- е) развивая социально-поддерживающий процесс.

Цели первичной профилактики ВИЧ-инфекции:

Цель 1 — информация, формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Контингенты воздействия — дети, подростки в школе, молодёжь в учебных заведениях, родители (семья), учителя, внешкольные подростковые, молодёжные коллективы и группы, дети на улице, неорганизованные группы населения.

Цель 2 - формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

Контингенты воздействия - семья (родители), учителя, дети, подростки в школьных коллективах, неорганизованные группы детей, дети на улицах, неорганизованные группы населения.

Цель 3 - развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

Контингенты воздействия - дети, подростки и молодёжь в школьных коллективах и вне них, вузах, учителя, родители (семья).

Подготовка специалистов — тренеров из числа школьных психологов, социальных педагогов, школьных учителей, студентов медицинских и педагогических вузов.

Цель 4 развитие стратегий разрешения проблем, поиска социальной поддержки, избегания искушению наркотизации.

Контингенты воздействия — дети, подростки и молодёжь в школьных коллективах и вне них, вузах, учителя, родители (семья).

Технологии первичной профилактики

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики осуществляются посредством:

- воздействия средств массовой информации;
- обучающих технологий;

- альтернативных программ детско-подростковой и молодёжной активности;
- создания социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодёжные просоциальные организации и т. д.);
- мотивационных акций;
- системы деятельности социальных работников и волонтеров;
- системы ювенальной юстиции;

Профилактическая работа в этой группе преимущественно направлена на формирование и развитие защитных факторов, препятствующих ВИЧ-инфицированию. Поэтому ведущими методами работы в этой группе являются программы формирования здорового образа жизни детей и подростков, их жизненных навыков, а также подготовка к преодолению сложных жизненных обстоятельств.

Информационная и просветительская работа должна ориентироваться на следующие блоки профилактической программы:

- описание сущности ВИЧ-инфекции, ее передаче, способах защиты от инфицирования;
- половое воспитание;
- пропаганда ценностей семьи, верности своему партнеру, отказу от раннего вступления в половые связи.

В профилактическую программу обязательно должен быть включен компонент личностного роста. Основными мишенями личностного развития должны стать следующие умения и навыки:

- принятия ответственных решений и самостоятельного решения проблем;
- творческого и критического мышления;
- эффективной коммуникации;

- рефлексии и эмпатии;
- управления эмоциональным состоянием;
- преодоления стрессовых ситуаций.

Во многих случаях значительные трудности появляются при обсуждении половой проблематики в целом и практики половой жизни молодежи в частности. Эти трудности возникают в отношении как преподавателей (школьные учителя, администраторы и лица, разрабатывающие политику в области образования), так и родителей, поскольку многие из них не одобряют открытое обсуждение половой проблематики с детьми и подростками. Эта работа должна проводиться в строгом соответствии с нравственно-этическими нормами и возрастными особенностями детей и подростков. Одним из возможных путей работы в этом направлении в дошкольном и младшем школьном возрасте является информационно-просветительская деятельность по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа опосредованно с родителями несовершеннолетних. Это, в свою очередь, дает родителям возможность, с учетом конкретных семейных условий и индивидуальных особенностей ребенка находить адекватные способы доведения этих сведений до своих детей.

2.2 Подготовительный организационный этап профилактической работы

2.2.1 Организационная форма проведения программы

Перед началом организации профилактической работы в образовательном учреждении необходимо выбрать организационную форму проведения программы.

Они могут быть представлены как:

- фрагменты уроков в рамках таких учебных предметов, как биология, литература, обществоведение, ОБЖ, физкультура и т.д;
- тематические классные часы;
- факультативные занятия;
- тематические консультации.

Дадим краткую характеристику каждой из обозначенных форм работы.

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

Индивидуальные и групповые консультации, организуемые для учащихся и родителей, позволяют оказать адресную помощь и дать наиболее востребованную детальную информацию о различных аспектах ВИЧ-инфекции. Консультации также могут быть организованы с привлечением специалистов. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья рекомендуется проводить индивидуально или в мини-группах (2-5 чел.), однородных по половому составу.

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

авторскими коллективами. Факультативные занятия могут включать в себя уроки со специалистами различного профиля. Это могут быть специалисты СПИД-центра, молодежных консультаций, правоохранительных органов, психолого-педагогических центров, занимающиеся данной проблематикой. Не исключается и проведение тематических экскурсий. Рекомендации по построению профилактических занятий представлены ниже.

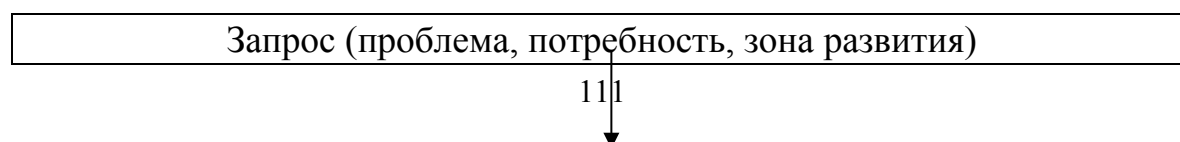
2.2.2 Предварительная работа с педагогами и родителями учащихся

Специалист, занимающийся профилактической работой должен учитывать то, что все программы и формы работы, касающиеся полового воспитания и профилактики ВИЧ-инфекции, должны проводиться с согласия родителей учащихся. Перед проведением мероприятий администрация образовательного учреждения, педагогический состав, родители должны быть поставлены в известность относительно планируемой профилактической программы. Поэтому перед началом проведения необходимо выступить с докладом на педагогическом совете и родительском собрании и четко изложить цели, задачи программы, ее этапы, мероприятия и ожидаемые результаты. По результату проведенного собрания необходимо получить подписи родителей, подтверждающих согласие на участие их ребенка в профилактической программе.

В процессе проведения программы желательно докладывать родителям и учителям о промежуточных результатах ее реализации.

2.3 Этап создания и проведения программы

Алгоритм создания программы





1. Запрос

Запрос может формулироваться исходя из пожеланий администрации образовательного учреждения, педагогов (например, классного руководителя) или родителей.

Запрос может исходить из произошедшего инцидента в образовательном учреждении или быть приурочен к какой-либо дате или празднику. А также из потребностей самих учащихся в определенных знаниях, умениях и навыках.

2. Целевая группа

Перед началом планирования вашей программы необходимо изучить группу, которой будут адресованы занятия. Для успешного проведения программы необходимо определиться с возрастным,

половым составом группы, иногда национальным, религиозным, а также другими особенностями.

Дети дошкольного и младшего школьного возраста

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

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

Эффективным может быть сочетание сказкотерапевтических техник с элементами арттерапии.

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

Основная цель арттерапии - установление гармонических связей с окружающим миром и с самим собой через искусство. Терапия искусством укрепляет личность ребенка, помогает структурировать его мировоззрение. Творя, дети обдумывают мир и ищут свой язык, связывающий их с «большим» миром и наиболее точно выражающий их внутренний мир. Разнообразие способов самовыражения,

положительные эмоции, возникающие в процессе арттерапии, повышают самооценку и адаптационные способности ребенка, то есть усиливать защитные факторы от ВИЧ-инфекции.

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

В рамках информирования о ВИЧ/СПИДе детей младшей возрастной группы может использоваться комбинация сказкотерапевтических, игровых и арттерапевтических методов. Так, для большей наглядности можно нарисовать схему, объясняющую работу иммунной системы человека, когда организм борется против элементарной простуды и что происходит, когда в организм попадает ВИЧ. Ребенку будет легче понять объяснения, если они будут даваться, например, ходу сказки-игры «Волшебный замок», где организм человека - это замок в котором живут сказочные жильцы замка (клеточки), есть свои защитники замка и «захватчики»-вирусы.

Дети, подросткового возраста

Методы, используемые с подростковой группой, практически не имеют ограничений. Нужно учесть некоторые рекомендации. Для проведения программы в подростковой группе нужно учитывать, что мотивация участия в семинаре будет связана с удовольствием, риском, скоростью, опасностью, радостью, весельем. Подростки болезненно относятся к собственным высказанным мнениям, тяжело переносят критику в свой адрес, поэтому искренне могут высказываться только в атмосфере безопасности и доверия. Могут не высказать свое мнение, если оно противоречит мнению группы. Легче усваивают материал, если происходит частая смена деятельности (например, после проведения дискуссии обязательно нужно проводить активную разминку). Могут

действовать необдуманно, импульсивно, спонтанно, иногда переоценивая свои силы. Тяжело принимают навязанные правила, особенно исходящие от взрослых, поэтому в подростковой группе важно позволить участникам самим разрабатывать правила группы.

Обсуждение проблемы ВИЧ-инфекции может задеть чувства верующих подростков, поэтому этот вопрос нужно обязательно обсуждать с родителями или подростком перед началом занятий в индивидуальном порядке.

3. Цели и задачи

Следующие этап подготовки программы профилактики ВИЧ-инфекции в образовательной среде - это формулировка целей и задач.

Когда говорят о целях, подразумевают общее предназначение. Так задается направление и утверждается намерение. В целях формулируется желаемый исход, тогда как задачи формулируют конкретные шаги к достижению цели.

Все запланированные мероприятия должны быть совместимы с поставленными целями. Цели не могут меняться в процессе проведения программы, иначе это будет другая программа. Все поставленные цели должны отвечать перечисленным ниже критериям.

Цель должна быть:

S	Specific	Конкретная
M	Measurable	Измеримая
A	Achievable	Достижимая
R	Realistic	Реалистичная
T	Time/resource constrain	Ограниченная по времени и ресурсам

Задачи являются отражением реализации на практике целей программы. Задачи всегда конкретны и максимально точны. Помимо требований, предъявляемым к целям задачи должны быть: поставлены в

рамках цели, отражать этапность реализации программы, быть позитивно сформулированными (без использования частицы «не»), разнообразными.

Например, цели и задачи одного из семинаров, посвященных ВИЧ-инфекции могут быть сформулированы следующим образом:

Цель: повысить уровень информированности участников в области распространения и передачи ВИЧ-инфекции.

Задачи:

1. выяснить уровень информированности участников по данной теме;
2. предоставить достоверную информацию о путях и способах передачи ВИЧ-инфекции;
3. закрепить полученные знания с помощью практических упражнений;
4. обсудить возможность предотвращения распространения ВИЧ-инфекции на социальном и личном уровне;
5. проверить уровень усвоения информации.

4. Основные темы программы

Следующим шагом будет разработка содержания программы семинара. Можно использовать графический метод «Матрица», который предполагает разделение листа бумаги линиями, определяющими начало, окончание и перерывы в работе.

При планировании мероприятий, которые будут вноситься в таблицу, рекомендуется использовать мозговой штурм.

Вы можете сгруппировать предложенные варианты по темам. Например, во вторник вы планируете раскрыть тему «Что такое ВИЧ, ВИЧ-инфекция, СПИД?» во временной промежуток 9.00-12.00, соответственно, для вас важно подобрать те виды деятельности, которые

наиболее эффективно раскроют этот вопрос, используя как информативный блок, так и блок практической работы.

Например,

Название	Распределение времени			
	9.00-12.00 Вторник	12.00 13.00	13.00 – 15.00 вторник	12.00-14.00 Четверг
Тема	Актуализация проблемы инфицирования ВИЧ.	перерыв	Что такое ВИЧ, ВИЧ-инфекция, СПИД?	Пути и способы передачи ВИЧ-инфекции
Вид деятельности	Предполагаемые варианты			
	1. Упражнение «Создать кино-проект о ВИЧ» 2. Доклад «Факты о ВИЧ, ситуация распространенности ВИЧ-инфекции» 3. Упражнение «Что я не знаю о ВИЧ-инфекции?» 4. Мозговой штурм «Почему мы говорим о ВИЧ?»		1. Упражнение-демонстрация «ВИЧ», «как ВИЧ размножается в организме» 2. Фильм «ВИЧ» с обсуждением 3. Лекция/беседа «ВИЧ, ВИЧ-инфекция, СПИД»	1. Упражнение «Степень риска»; 2. Беседа «Как передается ВИЧ»; 3. Мозговой штурм «Что такое безопасное поведение в отношении ВИЧ-инфекции?»

Подобрав определенные мероприятия, вам следует выбрать те, которые будут вероятнее всего способствовать решению поставленных целей. Если ваш семинар проходит в течение нескольких дней, то вы можете применить большинство предложенных вариантов.

С целью наиболее эффективного планирования хода семинара используйте карточки или фломастеры разных цветов, например: красный цвет – для обозначения активных упражнений, синий – для обсуждений, зеленый – для демонстраций и т. д. Таким образом, вы наглядно увидите, насколько равномерно распределена активность в

вашем семинаре, и сможете заменять виды деятельности, которые наиболее подходят в тот или иной отрезок времени.

Планирование работы должно четко определять последовательность и периодичность занятий. Любые изменения в планах могут негативно отразиться на контакте с участниками группы.

4. Ожидаемые результаты программы (итоговые и промежуточные)

Ожидаемые результаты работы формулируются исходя из целей профилактической программы. Формулируются итоги мероприятий, заложенных в программе. Ожидаемые результаты могут звучать следующим образом:

подростки будут владеть достоверной информацией о путях и способах заражения ВИЧ-инфекцией;

у подростков будет сформирована личностная позиция неприятия употребления ПАВ;

участники будут владеть техниками управления своим эмоциональным состоянием.

Основной формой организации профилактической работы с подростками является семинар-тренинг, поэтому опишем структуру его проведения.

2.4. Примерная структура проведения семинара с элементами тренинга

1. Введение

Начинать семинар нужно в доброжелательной обстановке. Желательно, чтобы начало было ярким, эффектным и запоминающимся для участников. Поэтому начинать нужно с энергией и энтузиазмом.

В начале семинара ведущий представляется, оглашает цели и задачи, делает общий обзор программы в целом; рассказывает, с чем могут столкнуться участники; объясняет, из каких блоков состоит программа. Необходимо говорить на доступном и понятном языке, не используя в речи много специальной терминологии.

Этот процесс не должен занимать много времени.

2. Знакомство

Знакомство участников в тренинге чаще происходит в игровой форме. Само название знакомство может носить условный характер, так как группа может быть знакома между собой. Знакомство может представлять собой особый ритуал начала занятий или служить созданию теплой, доброжелательной атмосферы в группе. Также этап знакомства призван вызвать интерес участников друг к другу, посмотреть на знакомых людей новыми глазами.

3. Разработка и введение правил

Правила могут устанавливать директивно ведущим группы или самим участниками. При работе с подростками лучше сочетать эти две формы. Возможные правила групповой работы:

- правило конфиденциальности (высказанная личная информация остается в кругу);
- правило Стоп (возможность отказаться от участия в упражнении, если на то есть причины; и возможность ведущего остановить тренинг, если нарушаются его правила);
- пунктуальности (приходить во время);
- вежливости и доброжелательности по отношению друг к другу;

- правило «микрофона» («поднятой руки», регламентирующее общение в кругу – говорит только один участник – остальные его слушают);
- правило «Я-высказываний» (участники и ведущий говорят только от своего лица, не от лица группы или мирового сообщества);
- правило безоценочности (запрет на оценку личности участников, оценивать можно только их мнения и суждения).

4. Сбор ожиданий участников

На этом этапе ведущий должен определиться с тем, что ждут и чего опасаются участники, пришедшие на семинар, насколько подготовленная программа отвечает их потребностям и интересам.

Этот этап необходим для прояснения соотношения личных целей каждого из участников и целей семинара. На основании полученной информации, ведущий может модифицировать программу будущих дней семинара, отвечая запросу участников.

Ожидания и опасения участников могут быть собраны как в устной, так и в письменной форме. По завершению или в процессе сбора ведущий должен прокомментировать насколько ожидания или опасения участников будут оправданы.

5. Оценка уровня информированности участников

Целью такой оценки является выявление актуальных знаний участников по проблеме. Может проводиться различными способами. Это может быть письменный тест или анкета с вопросами. Может быть опрос участников: Что вы слышали о проблеме ВИЧ-инфекции? Является ли это проблемой с вашей точки зрения? Сталкивались ли с ней ваши знакомые? Вы лично?

Можно проводить в форме викторины или анонимного опроса с помощью записок «Что бы вы хотели знать о ВИЧ/СПИДе, но боитесь спросить?» Ответы на вопросы ведущий может дать в информационном блоке.

6. Актуализация проблемы

Проводится с целью побуждения интереса участников к проблеме, повышению мотивации к работе, признания проблемы, как значимой для себя лично. Существует множество техник актуализировать проблему. Например, создание фильма, посвященному ВИЧ-инфекции с последующим обсуждением; рассказ истории; показ видеоматериалов и т. д. Важной частью актуализации проблемы является связь внешних демонстрируемых обстоятельств с реальной жизнью участников.

7. Содержательная часть (информационная и практическая части)

Методы, используемые в семинарах по профилактике ВИЧ-инфекции

Лекция (5%)

Позволяет лектору дать большое количество информации за краткий срок. Также плюсом лекций является то, что она позволяет охватить большую аудиторию за раз. Лекция не является эффективной формой преподавания, поскольку если она не подкрепляется другими методами, то большинство информации забывается слушателями сразу после ее окончания.

Беседа (10%)

Дополняет лекционный материал тем, что, что ведущий задает обсуждение некоторых ключевых моментов лекции или задает

участникам вопросы. Эффективность такого способа подачи материала определяется тем, что он построен на запросе слушателей. Ведущий лучше может понять, о чем аудитория осведомлена в большей степени, а о чем в меньшей. Это позволяет сделать процесс обучения более гибким и более соответствующим потребностям слушателей. Кроме того, комментарии ответов ведущим позволяют удерживать внимание слушателей, тем самым процент усвоения информации при использовании этого метода равняется 10%.

Чтение (10%)

С целью профилактики ВИЧ-инфекции сейчас издаются специализированные методические материалы, а также материалы популярной направленности. Это книги, буклеты, брошюры. Такая форма обучения тоже не отличается высокой эффективностью, но, несмотря на это, эффективность таких материалов можно повысить в несколько раз, если учитывать правила их написания и издания.

Рекомендации по повышению эффективности информационных материалов

1. Определите аудиторию, которой будет адресован информационный материал (возраст, пол, образование, общественные настроения, особенности языка, характерные установки, стереотипы и поведение).
2. Определите цели информационного материала. Какую информацию он призван донести, какие мифы развенчать, какие установки изменить? Целями информационных материалов могут служить: предоставление информации (например, о способах заражения ВИЧ-инфекцией), изменение отношения к проблеме (например, относительно установок по отношению к ЛЖВС в

обществе), мотивирование на участие в мероприятии (рекламный буклет для будущих участников семинара) и т.д.

3. Старайтесь использовать не более двух шрифтов в одном информационном материале – большее их число отвлекает внимание читающего
4. Текст должен быть лаконичным, не содержать большого количества специальной терминологии, параграфы и фразы должны быть короткими и написанные доступным языком.
5. Текст должен чередоваться с простыми, легко узнаваемыми иллюстрациями к ключевым идеям или передающими настроение текста.
6. Текст должен включать иллюстрации или примеры.
7. Используйте аналогии для объяснения сложных явлений.
8. Закладывайте в материалы элемент интерактивности.

Пропущенные слова, неоконченные предложения способствуют росту внимания участников, запоминания ими материала и вовлечения в процесс обучения.

Помимо этого нужно заинтересовать участников прочесть определенный фрагмент текста. Для этого можно использовать несколько приемов, например:

- подготовить ряд вопросов, ответы на которые надо найти в тексте;
- внести в содержание текста интригу – рассказать начало текста, сказать, что продолжение участники найдут в книге (брошюре, раздаточных материалах).

Использование аудиовизуальных средств обучения (20%)

К этим средствам относятся аудиокассеты с записью, видеофильмы и видеосюжеты.

Перед началом работы с видеоматериалом подготовьте вступление, чтобы заинтересовать участников в просмотре фильма. Объясните участникам, на какие моменты им нужно обратить особое внимание. Если это важно, то предупредите, что во время просмотра фильма участники могут испытывать чувство отторжения. Представьте материал в позитивном ключе.

Существует несколько техник работы с видеоматериалом.

1. Показ сюжета полностью с дальнейшим обсуждением
2. Техника «стоп-кадра». Сюжет показывается до определенного момента. Затем обсуждается то, что происходит в кадре. Можно перенести обсуждение в плоскость реальности (то, что происходит в кадре бывает в нашем городе, а с вашими знакомыми это случилось, а было ли такое с вами?). Можно делать предположения относительно продолжения сюжета.
3. Сочетание техники «стоп-кадра» с ролевой игрой. Идет разыгрывание сюжета по ролям. Далее обсуждаются чувства, мысли, отношения участников.

В процессе обучения видеоматериалы выполняют следующие функции:

- приковывают внимание, вызывают эмоциональное отношение;
- повышают усвоение информации;
- воздействует на визуальные и аудиальные каналы восприятия;
- позволяет рассмотреть конкретные ситуации, сделать перенос на реальные события;
- различия в восприятии увиденного дают возможность развернуть дискуссию на тему;

- можно использовать для изменения отношений и мнений;
- конкретизирует беседу, позволяет уйти от абстрактных обсуждений;
- формируют образы познаваемых предметов и явлений, раскрывают взаимосвязи, углубляют представления о сути вещей и их соотношений.

Использование наглядных средств обучения (30%)

Различные макеты, схемы, диаграммы, модели помогают участникам усваивать информацию всеми каналами восприятия: зрением, слухом, осязанием, обонянием, что, безусловно, повышает степень усвоения материала.

Групповые обсуждения: мозговой штурм, дискуссии

Мозговой штурм

Это метод сбора идей, возможных способов решения проблем, или описания мнений группы о конкретном вопросе/предмете.

Существуют основные правила проведения мозгового штурма.

1. Максимальная группа участников мозгового штурма – 10-12 человек. Минимальная – 3-4, оптимальная – 7-8 человек.
2. Заранее устанавливается длительность мозгового штурма. Обычно – от 7 до 15 минут.
3. Для проведения мозгового штурма обязательно нужен технический ведущий, который сам не участвует в процессе выработки идей. Его функция – помогать участникам фиксировать идеи (например – записывать их на большой лист), оставаться в рамках темы/вопроса, и соблюдать время.
4. Мозговой штурм – это сбор максимально возможного количества идей, чтобы обеспечить максимальный выбор в дальнейшем, при

поиске оптимальных решений. Для этого участники должны быть сосредоточены только на производстве собственных идей, и не оценивать предложений друг друга. Экспертиза предложенных идей проводится за пределами мозгового штурма, обычно в виде дискуссии.

5. Все без исключения предложения/идеи записываются так, чтобы их было хорошо видно всем участникам.
6. Не существует безумных идей. «Безумные» предложения зачастую способствуют нахождению в дальнейшем наиболее эффективных решений.
7. Зачастую, самые интересные идеи появляются в последние 10% отведенного на работу времени.
8. После окончания сбора идей/предложений, участники группируют их, и/или расставляют в порядке приоритетности. Определение приоритетных и неприоритетных идей, по сути, является переходом к дискуссии, когда может быть принято решение. Обычно, для последующей дискуссии выбирают первые три-пять идей.
9. Ведущий регулирует процесс проведения мозгового штурма, уточняет формулировки, записывает предложения и напоминает правила, так как часто возникает желание обсудить то, что предлагается.

Групповая дискуссия (групповое обсуждение)

Цель метода – формирование соответствующих установок, умений и навыков по организации и руководству дискуссией, необходимых для решения сходных проблем в реальной жизни. Предметом групповой дискуссии в тренинге может быть конкретная ситуация (заданная тренером или предложенная участниками группы), либо межличностные отношения участников.

Обучение на практике

Ролевая игра

Суть метода заключается в том, что поставленная в тренинге проблема решается путем импровизированного разыгрывания заданной ситуации, в ходе которой участники проигрывают роли отдельных персонажей.

Задача ролевых игр - максимально включить участников группы в поиск решения типичных проблем, с которыми им приходится сталкиваться в жизни.

При выборе и разработке ситуаций необходимо соблюдать 2 условия:

- содержание ситуаций и характер поставленных в них проблем должны соответствовать жизненным ситуациям;
- ситуации должны быть значимыми для участников.

В заключение проводится групповая дискуссия, в ходе которой совместно с тренером обсуждается адекватность предложенных решений, а также уместность, правдоподобность, целесообразность поведения участников.

В том случае, когда ролевая игра записывается на видеомэгнитофон, обсуждение сопровождается просмотром видеозаписи. Воспроизведение записи позволяет подробно, поэлементно проанализировать поведение участников упражнения и дает возможность каждому увидеть себя со стороны, лучше понять себя, скорректировать представление о своих навыках и умениях в общении и проанализировать их влияние на эффективность собственной деятельности. Задача ведущего - направлять обсуждение в нужное русло, подводя участников к мысли о необходимости опираться в своих действиях на определенную основу.

Игры и упражнения

Позволяют приобрести опыт структурированным путем:
упражнения - загадки, разминки. Игры позволяют сделать обучение

более мотивированным, восприятие нового - более ориентированным. Они доставляют удовольствие, добавляют реализм ситуациям, атмосферу равенства.

Чтобы игры имели успех, нужно сформулировать цели, инструкции и правила, разработать дизайн, включая последующее обсуждение.

Результативность игры может снизиться, если цели объявляются заранее.

Тренер может использовать готовые игры или же создавать реальные ситуации с помощью экспертов в преподаваемой области.

8. Оценка эффективности

Оценка эффективности семинара проводится по индикаторам, заложенным перед его началом. Индикаторами могут служить: постоянство состава участников, их эмоциональное состояние, достижимость поставленных целей, повышение уровня знаний участников, формирование установок на изменение поведения и т. д. Результат программы может быть отсроченным, например, изменение поведения подростка на более безопасное. Такой результат можно проверить только через несколько месяцев после проведения программы или он может остаться неопределенным.

Оценка эффективности семинара может проводиться несколькими методами, такими как: наблюдение (и фиксация результатов в процессе или в завершении семинара), анкетирование (проведенное в начале и в конце семинара), интервьюирование, тестирование и т. д.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите цели и технологии первичной профилактики.
2. Охарактеризуйте основные формы и методы профилактической работы со здоровыми учащимися.
3. Последовательно перечислите основные этапы проведения тренингового занятия.
4. Перечислите способы оценки эффективности тренинга. Охарактеризуйте каждый из них.
5. Опишите алгоритм подготовки профилактической программы.

Практические задания:

1. Создайте программу семинара-тренинга по профилактике ВИЧ-инфекции для подростков, учащихся общеобразовательной школы, общей длительностью 8 часов. В своей программе опишите цели, задачи, целевую группу, ожидаемые результаты, методы и методики работы, подробный план мероприятия, заложите критерии оценки эффективности.
2. Придумайте практическое упражнение, наглядно демонстрирующее быстрое распространение ВИЧ-инфекции.
3. Придумайте упражнение, наглядно демонстрирующее структуру вируса, процесс размножения вируса в организме.
4. Разработайте урок для младших школьников (учеников средней школы, старшеклассников) посвященный иммунитету и иммунодефициту. Подайте информацию в легкой и доступной форме. Подготовьте схемы или иллюстрации. Нарисуйте схему, доступно разъясняющую этапы развития ВИЧ-инфекции.
5. Разработайте план лекционного занятия для старшеклассников, посвященного диагностике и терапии ВИЧ/СПИДа.

6. Найдите в литературе практические упражнения, способствующие личностному росту подростков.

Упражнения:

1. Распределите следующие способы заражения ВИЧ по степени вероятности инфицирования от высоковероятного до маловероятного: поцелуй в щеку, нанесение татуировок в домашних условиях, плавание в бассейне, проживание с больным СПИДом, уход за больным СПИДом, укус комара/клеща, половой акт с потребителем инъекционных наркотиков, половая жизнь в браке, «братание» кровью, переливание крови, пирсинг, пользование чужой зубной щеткой, глубокий поцелуй, укол иглой в общественном транспорте.
2. Составьте ответы на письма читателей молодежного журнала, интересующихся проблемой ВИЧ.

«Вот если допустим, ВИЧ-инфицированный человек работал на стройке, ударил молотком по пальцу, у него пошла кровь, работать он не смог дальше и попросил товарища доделать его работу. А товарища дома кошка поцарапала. Заразится он или нет?»

«Здравствуйте! Летом познакомился с девушкой. Пили из одной бутылки простую воду. У меня кровоточат дёсна, как у нее в полости рта – неизвестно. Через несколько дней она мне сказала, что у неё давно ВИЧ. Если у неё тоже кровоточат дёсна или открытые раны в полости рта, каков мой риск?»

«С мужем живем 4 года, он ВИЧ+, узнали об этом год назад. Есть ребенок. Сдала анализ на ВИЧ - отрицательно, естественно ребенок тоже ВИЧ-. После рождения ребенка предохранялись всегда прерванным половым актом. Мой вопрос: почему, за столько времени я не заразилась? Помогите, пожалуйста, разобраться».

«2 года назад я, упав на улице, укололся шприцем (их у нас на улице много валяется). Сначала не обратил внимания, но потом начали мучить мысли о том, что вдруг это шприц наркомана (а это наверняка так) и вдруг он болен ВИЧ, гепатитом, и я заразился. В общем, начал я переживать. Насколько вероятно заражение?»

3. Какова Ваша позиция относительно следующих спорных утверждений? Обоснуйте.

ВИЧ-инфицированная женщина не должна рожать детей.

Проблема ВИЧ/СПИД касается только проституток и наркоманов.

Проблема ВИЧ/СПИДа преувеличивается СМИ, она не заслуживает столько внимания.

ВИЧ-инфицированные дети не должны посещать спортивные кружки и секции.

ВИЧ-инфицированный врач не должен производить никаких манипуляций с кровью пациентов.

Глава 3: Разработка программ вторичной профилактики ВИЧ-инфекции

3.1 Цели, задачи и технологии программ вторичной профилактики ВИЧ-инфекции

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

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

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

Вторичная профилактика преследует ряд целей.

Цель 1 формирование мотивации на изменение поведения.

Контингент - дети, подростки и молодёжь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодёжи, взрослого населения.

Цель 2 - изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные. Контингент - дети, подростки и молодёжь группы риска, родители

(семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодёжи и взрослого населения.

Цель 3 - формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Контингент — сверстники и взрослые (семья, учителя, специалисты, непрофессионалы).

Социальные технологии вторичной профилактики включают:

- Формирование мотивации на полное прекращение практики рискованного поведения;
- Формирование мотивации на изменение поведения;
- Развитие проблем преодолевающего поведения;
- Формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.

Медико-психологические и психотерапевтические технологии профилактики включают следующее.

- Преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний.
- Осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности.
- Развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания).
- Анализ, осознание проблем рискованного полового и сексуального поведения, поиск ресурсов для преодоления.
- Анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от

психоактивных веществ.

– Развитие Я - концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентации, когнитивного развития интернального локуса контроля, принятие ответственности за свою жизнь, своё поведение и его последствия, восприятие социальной поддержки, изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

–

3.2 Специфика профилактической работа с несовершеннолетними группы риска ВИЧ-инфицирования

Одна из фокус-групп профилактической работы в образовательной среде - это группа риска инфицирования ВИЧ. В профилактической деятельности в этой группе, наряду с методами, основанными на формировании и развитии защитных факторов, приоритет приобретают методики, основанные на раннем выявлении и определении факторов риска и последующей соответствующей коррекции состояний несовершеннолетних групп риска для снижения возможности и предупреждения ВИЧ-инфицирования. Наряду с традиционно выделяемыми группами риска инфицирования ВИЧ, а именно: лиц, употребляющих психоактивные вещества, особенно инъекционных наркоманов; работников «коммерческого секса»; гомо - и бисексуалов; сексуальных партнеров ВИЧ - инфицированных; лиц подвергающихся частым медицинским манипуляциям и переливаниям крови; следует учитывать и группы с другими биологическими, психологическими и социальными факторами риска, способными повысить возможность инфицирования ВИЧ. Во многом эти факторы совпадают с факторами риска злоупотребления психоактивными веществами и формирования различных форм девиантного и асоциального делинквентного поведения.

С учетом базовых концепций профилактики, факторы риска можно условно разделить на биологические, психопатологические, патопсихологические, психологические и социальные. Учитывая практические возможности образовательной среды, внимание в профилактической работе в образовательных учреждениях должно быть, прежде всего, сосредоточено на своевременном выявлении и организации соответствующей психолого-педагогической коррекции обучающихся с психологическими и социальными факторами риска, в частности, с отставанием в учебе, признаками девиантного поведения, низким уровнем социального поведения, нарушением семейных отношений, безнадзорными, «социальными сиротами» и др. Опора на систему факторов риска формирования наркоманий, инфицирования ВИЧ, девиантного и делинкветного поведения может явиться основой негативного подхода и системы межведомственного взаимодействия.

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

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

Существует ряд психологических закономерностей изменения поведения.

Добровольный отказ от устойчивых привычек, как правило, не происходит сразу, а представляет собой более или менее длительный

процесс, на протяжении которого человек проходит несколько этапов. Данную модель изменения поведения разработали американские ученые Джеймс Прочаска и Карло Ди Клементе, Коррекционные мероприятия, связанные с изменением поведения мы рекомендуем проводить на основании модели Джеймса Прочаски и Карла ДиКлементе, предложенной в 1984 году. Модель включает в себя четыре стадии изменения поведения и стадию рецидива – возврата к проблемному поведению. Это условное описание последовательности шагов, реализуемых в процессе изменения. Реализация этой последовательности может проходить по-разному. Человек может пройти только несколько этапов и вернуться к проблемному поведению, может проходить ее по спирали – каждый раз уже на новом уровне или сразу реализовать желаемые изменения.

Предлагаемая модель универсальна. То есть психологические этапы присущи любому процессу изменения. В данном случае она может быть ориентирована на консультирование, направленное на изменение поведения с целью сохранения репродуктивного здоровья, профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов, реабилитации наркозависимых.

Под проблемным поведением в данном контексте мы, прежде всего, подразумеваем пробы психоактивных веществ и проблемное сексуальное поведение. Работу по изменению поведения можно проводить как в индивидуальной, так и в групповой форме.

1. Преднамерение

На этой стадии человек не подозревает, что у него есть проблема, или серьезно не думает об изменении поведения. Проблема заметна только окружающим, и она начинает их беспокоить. Но сам человек избегает разговоров о своей проблеме, избегает получению информации, и тем более помощи.

Тот человек, который начинает признавать наличие проблемы может испытывать неуверенность в себе. Это очень сложная задача признать, что он неспособен полностью контролировать свою жизнь и управлять своим поведением.

Это продолжительная стадия, во время которой происходит самое главное для последующих изменений событие – осознание проблемы. Как только человек признает наличие у него проблемного поведения, он оказывается на следующей стадии изменения.

Задачи консультанта:

Заставить человека сомневаться в нормальности своего поведения. Дать осознать риски и проблемы, связанные с практикуемой моделью поведения.

То есть помочь человеку признать наличие проблемы, чтобы перейти на следующую стадию.

Действия консультанта:

- Установить взаимопонимание
- Принять недостаток готовности к изменениям
- Распределить ответственность с клиентом. Клиент ответственен за принятие решений и свою дальнейшую судьбу
- Предоставлять информацию в нейтральной, не осуждающей манере.
- Указать на риск и рассмотреть его в отношении к жизни клиента
- Поощрять переоценку существующей модели поведения

- Поощрять анализ себя, своих действий, своей жизни, а не действия, ведущие к изменению поведения, скорее они будут обречены на неудачу.

Методы и техники:

- Подчеркивание противоречий и ошибок логики, ошибочные автоматические мысли, сопровождающие проблемное поведение.
- Развенчание «мифов», спорных утверждений, иллюзий, которые существуют по поводу проблемного поведения.
- Метафоры и зарисовки, которые помогают клиенту представить, как он будет жить, если его поведение изменится и если оно окажется прежним
- Разделять личность и практикуемое проблемное поведение.

Консультанту не следует указывать на наличие проблемы, добиваться ее признания. Более корректной задачей является эффективное мотивационное интервью, которое инициирует у клиента процесс размышлений и анализа.

2. Намерение

На этом этапе человек начинает признавать наличие проблемы. Он пытается понять проблему, взять ее под контроль, начинает искать поддержки у окружающих. Часто сомневается в своих возможностях и не готов к началу изменений. Зачастую он чувствует вину и страх. Меняется самооценка, психологическое состояние. Человек начинает поиск и анализ информации, касающейся его проблемы. Происходит анализ недостатков, возможных преимуществ в случае изменения

поведения, необходимых затрат. Данная стадия может быть продолжительной.

Задачи консультанта:

- определить и развить причины для изменения, а также риски, связанные с отсутствием изменений;
- поддерживать самостоятельность и уверенность в собственных силах относительно изменения поведения;
- провести наиболее полный, подробный и объективный анализ затрат и преимуществ при реализации решения об изменении поведения.

Действия консультанта:

- Принять недостаток готовности к изменениям
- Распределить ответственность с клиентом. Клиент ответственен за принятие решений и свою дальнейшую судьбу
- Проанализировать позитивные и негативные стороны проблемного поведения
- Проанализировать схему обычного дня, недели, месяца, года. Как часто и в какой степени проявляется проблемное поведение?
- Проанализировать преимущества и недостатки изменения проблемного поведения, трудности с которыми клиент может столкнуться. Консультанту необходимо избегать предложений собственных доводов в пользу изменения поведения.

- Акцентировать внимание на новых, положительных перспективах изменений, обнаруженных в результате анализа и оценки; усиливать их значимость
- Поощрять самоанализ клиента
- Помочь человеку в поиске и анализе тех альтернативных путей выхода из нынешней ситуации, которые он может увидеть самостоятельно.

Методы и техники:

- Совместное создание графика проблемного поведения (дни, месяцы, года)
- Обсуждение случаев из практики/жизни, как примеры иного подхода к проблеме или ситуации
- Создание «дерево принятия решений» для анализа преимуществ и недостатков проблемного поведения
- Проигрывание проблемных ситуаций с помощью ролевых игр.
- Использование техники «Видеоролик». Предложить клиенту придумать сюжет видеоролика на несколько минут «Я в будущем, если мое поведение будет продолжаться», «Я в будущем, если изменю свое поведение». Ролик должен отличаться конкретностью и детальной проработкой.

3. Решение

На этой стадии человек уже владеет достаточной информацией о своей проблеме. Осознает значимость этой информации для себя. Идет процесс осознания возможности действовать. Человек ищет выход из сложившейся ситуации. Принимает решение о том, будет ли он менять проблемное поведение. Обдумывает возможные варианты действий для изменения поведения и условия, необходимые для этого.

Задачи консультанта:

- скоординировать и создать план действий, направленных на изменения;
- обучить техникам и навыкам самоконтроля;
- поощрять успехи в изменении поведения, содействовать изменению поведенческих стереотипов, избеганию рискованных ситуаций;
- развивать навыки рефлексии, эффективному использованию личностных ресурсов.

Действия консультанта:

- Совместно с клиентом проанализировать актуальную ситуацию, а также возможные способы действий с точки зрения личной эффективности возможных последствий.
- Проанализировать возможные трудности на пути достижения цели (внешние и внутренние, например, психологические проблемы или ситуации риска).
- Продумать внешние и внутренние условия, необходимые для изменения поведения (личные ресурсы, социальные факторы).
- Помочь клиенту определить возможные источники социальной поддержки.
- Проанализировать и вывести те «изменения окружающей среды», которые могут потребоваться для эффективного и стабильного изменения поведения, а также способы влияния на окружающую среду. (жизненные обстоятельства и отношения с окружающими, другие социальные факторы).
- Помочь разработать «план действий», необходимый для изменения поведения.

- Поощрять небольшие начальные шаги.

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 верит в возможность реализации принятого решения. Окружающие также замечают происходящие изменения. Стадия действия является самой кратковременной, но она – самая важная. Продолжительность измененного поведения определяется временем адаптации к новым условиям и формам поведения, и составляет в среднем 2-9 месяцев.

Задачи консультанта:

- поддержать клиента в его первых шагах к изменениям;
- поддержать уверенность человека в правильности принятого решения.

Действия консультанта:

- Развитие уверенности в себе, формирование навыков уверенного поведения, как на уровне практических действий, так и на уровне убеждений
- Анализ проблем и выработка эффективных стратегий взаимоотношений с окружающими и изменения жизненных обстоятельств
- Помощь в определении целей, планировании
- Поддержка при решении проблем

- Помощь в определении препятствий изменений и факторов, поддерживающих и закрепляющих изменения
- Помогать преодолевать чувство утраты прежнего образа жизни
- Способствовать укреплению понимания долговременных преимуществ поведения

5. Поддержание

На этой стадии человек пытается укрепить достигнутые результаты и предупредить рецидив. Он прилагает усилия для развития и закрепления достигнутых изменений, т. е. его усилия направлены на достижение оптимальной жизненной ситуации. Для поддержания изменений важна позиция значимого окружения. Если близкие люди помогают и одобряют поступки человека, вероятность рецидивов снижается. В это время человек может испытывать страх перед возможным рецидивом, который со временем ослабевает.

Задача консультанта:

поддерживать клиента в определении факторов срывов и рецидивов и помочь разработать и применить стратегии профилактики срывов.

Действия консультанта:

- Поддерживать клиента в побуждении самого себя к дальнейшему личностному росту
- Обсудить возможности противостояния срывам
- Определить стратегии преодоления срывов, которые дали хороший результат
- Исследовать и спрогнозировать факторы, которые могут вызвать срыв

- Помочь в изменении взглядов на жизнь и создании веры в личные способности
- Развивать адекватные жизненные и социальные навыки
- Помочь в поиске альтернатив для преодоления существующих проблем, анализе причин их возникновения и выработке новых стратегий взаимоотношений
- Составить план поддержки (близки, группы взаимопомощи, консультант)
- Выработать чувство гордости достигнутым,
- Для достижения стабильных результатов нужны группы поддержки, социально-психологические службы, работа с окружением, близкими.

6. Возвращение к проблемному поведению

Если человек не может поддерживать произошедшие изменения, возникает рецидив. Это может затруднить принятие повторного решения об изменении поведения, т. к. утрачивается вера в собственные силы. Однако не исключено, что многие люди, вернувшись на стадию намерения, будут готовы совершить еще один оборот «по спирали».

Задачи консультанта:

- помочь клиенту вернуться к процессу размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не застрял на прежних моделях поведения после срыва.
- возвращение клиента на стадию намерения.

Действия консультанта:

- Повышение уверенности в себе, возвращение самоуважения
- Анализ причин, приведших к рецидиву, и возможных способов предотвращения повторения такого рода ситуаций в будущем
- Поддержка клиента в рассмотрении срыва как поучительного опыта, а не как провала
- Понимание разницы между срывом и рецидивом, а также весь комплекс мер по профилактике рецидива.
- Оценить вместе ситуации, связанные с высоким риском
- Сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы немедленно вернуться к попыткам изменить поведение
- Работа с близким значимым окружением человека, т. к. разочарование из-за возникшей ситуации и неверие в возможность стабильных изменений со стороны близких может препятствовать формированию у человека осознанного желания предпринять еще одну попытку изменить поведение.

Таким образом, в работе с учащимися, рискованное поведение которых, делает их особенно уязвимыми перед ВИЧ-инфекцией, необходимо к информированию по проблеме ВИЧ/СПИДа с учетом возрастных особенностей учащихся, добавить адресную помощь по изменению проблемного поведения.

Эффективность проводимой профилактической работы с категориями «здоровые» учащихся и учащиеся «группы риска» во многом зависит от того, насколько активно вовлекается семья в решение профилактических задач.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите цели и технологии вторичной профилактики ВИЧ-инфекции.
2. Охарактеризуйте стадии изменения поведения.
3. Охарактеризуйте действия консультанта на стадии изменения поведения: преднамерение, намерение, решение, действие, поддержание результата, рецидив (на выбор).

Практические задания:

1. Придумайте методы и технологии психолога (или социального педагога) для каждой из стадий изменения поведения.
2. В разработанный Вами семинар по первичной профилактике ВИЧ-инфекции включите блоки, направленные на изменение проблемного поведения несовершеннолетнего.
3. Разработайте рекомендации для социальных педагогов, осуществляющих сопровождение несовершеннолетнего, находящегося на стадии изменения поведения: преднамерение, намерение, решение, действие, поддержание результата, рецидив (на выбор).

Глава 4: Психолого-педагогические компоненты третичной профилактики ВИЧ-инфекции

4.1 Цели, задачи и технологии третичной профилактики ВИЧ-инфекции

Третичная профилактика направлена на восстановление личности ВИЧ-инфицированного и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, повышение качества жизни. Данный вид профилактики является медицинским, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Этот вид профилактики требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье - обязательное условие проведения третичной профилактики.

Технологии третичной профилактики имеют целью формирование социально-поддерживающей и развивающей среды (социально-поддерживающие и терапевтические сообщества, локальные и территориальные программы, программы на рабочих местах, социальные программы), а также создание систем комплексного сопровождения людей, живущих с ВИЧ с целью повышения качества их жизни.

Технологии третичной профилактики предусматривают:

- мотивационную терапию;
- тренинги эмпатии, коммуникативной и социальной компетентности;
- тренинги когнитивного развития
- индивидуальную и групповую психотерапию, направленную на развитие личностных и средовых ресурсов;
- развитие сети и организацию работы психолого-

педагогических реабилитационных учреждений.

4.2 Психологические особенности ВИЧ-инфицированных детей и подростков

Проведенные за рубежом многочисленные исследования и накопленный на сегодняшний день Российский опыт, позволяют констатировать нарушения нормативного психического развития у несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных, по всем перечисленным позициям. Среди них наиболее яркими являются:

- в когнитивной сфере: нарушения памяти, ослабленное внимание, затрудненная координация движений, замедленность реакций; кроме того, наблюдается недостаток объективной информации о собственном состоянии и его последствиях;
- в мотивационно-эмоциональной сфере: отсутствие навыков совладания со стрессом, преобладание депрессивного эмоционального фона , суицидальные мысли , суженная временная перспектива , отсутствие четких жизненных планов и мотивации собственных поступков, преобладание ценностей наркотической субкультуры;
- в волевой сфере: низкая резистентность к жизненным трудностям , зависимость от мнения референтной группы , снижение способности к произвольной саморегуляции;
- в рефлексивной сфере: статус диффузной идентичности или моратория, снижение самокритичности, низкий уровень рефлексивности в след мощной работы механизмов психологической защиты, актуализация переживаний, связанных с собственной смертью (в старшем подростковом возрасте), несформированная ответственность за себя и собственное здоровье;
- в коммуникативной сфере: нарушение межличностного общения в сторону повышения агрессивности (в основе которой часто лежит

мотив обиды «почему я?» и мести) или замкнутости, недостаток социальных навыков.

Таким образом, структура личности ВИЧ-инфицированных детей и подростков дезинтегрирована, в ее ядре лежит комплекс неполноценности, который приводит к снижению инициативности и самостоятельности, нарушениям в сфере социальной направленности личности и в итоге к снижению уровня социально-психологической адаптации. Часть этих нарушений обусловлена психологическими факторами и подлежит коррекции в рамках системы комплексного социально-психологического сопровождения. Другие нарушения (прежде всего нарушения в когнитивной сфере и отчасти нарушения эмоционального тонуса) имеют психофизиологические основания и для своей коррекции требуют вмешательства специалистов медицинского профиля.

4.3 Психологические особенности ВИЧ-инфицированных детей-сирот

Уже сейчас значительное число ВИЧ - инфицированных находится непосредственно в образовательных и социальных учреждениях - домах ребенка, детских домах, реабилитационных центрах и других образовательных учреждениях, в том числе в школах и высших учебных заведениях. Поэтому специалисту, занимающемуся сопровождением таких детей необходимо учитывать и особенности ВИЧ-инфицированных детей, оставшихся без попечения родителей.

4.3.1 Особенности эмоциональной сферы ВИЧ-инфицированных детей-сирот

Привязанность к взрослому человеку является биологической необходимостью и изначальным психологическим условием для

развития ребенка. Наиболее значимым взрослым для младенца при становлении первичной межличностной связи является мать.

Определить понятие «материнская депривация» довольно сложно, поскольку оно обобщает целый ряд различных явлений. Это и воспитание ребенка в детских учреждениях, и недостаточная забота матери о ребенке, и временный отрыв ребенка от матери, связанный с болезнью, и, наконец, недостаток или потеря любви и привязанности ребенка к определенному человеку, выступающему для него в роли матери. Нарушение эмоциональной связи ребенка с матерью является главной причиной эмоциональной депривации. Разрыв или ослабление эмоциональной связи с матерью существенно деформирует индивидуальное развитие ребенка. Прекращение эмоционального воздействия с матерью порождает у него первичную тревогу, которая с течением времени усиливается. На фоне выраженного чувства тревоги протекает дальнейшее формирование личности ребенка. Соответственно и его развитие приобретает все более отчетливый дисгармоничный характер.

Отсутствие базового доверия к миру рассматривается многими исследователями как самое первое, самое тяжелое и самое трудное компенсируемое последствие материнской депривации. Оно порождает страх, агрессивность, недоверие к другим людям и к самому себе, нежелание познать новое, учиться.

Существует гипотеза, что у детей, растущих в интернатных учреждениях, наблюдается не просто отставание в развитии или недоразвитие личностных образований, а интенсивное формирование некоторых принципиально иных механизмов, при помощи которых ребенок приспосабливается к жизни в этих учреждениях. Это, по-видимому, происходит не только вследствие нарушения ранних эмоциональных связей с матерью или другими близкими взрослыми, но и потому, что жизнь в детском учреждении зачастую не требует от

личности той ее функции, которую она выполняет или должна выполнять в нормальной жизни.

Специфические *особенности самосознания* личности ВИЧ – инфицированного ребенка-сироты состоят в том, что воспитанники интернатных учреждений зачастую не знают и не принимают себя как личность, вследствие формирования неадекватных социальных ожиданий, они, как правило, ориентируются на признание в своей среде через физическую силу, агрессию и асоциальные формы поведения. *Нарушения половой идентификации* воспитанников интернатных учреждений возникают по причине преобладания женщин среди педагогов и персонала, а также группового «Мы», базируясь на котором не дифференцируют личные права и обязанности. У воспитанников детских домов и интернатов не развивается ответственное отношение к собственному времени жизни, проживание по групповому нравственному нормативу, ориентация на групповую совесть и поруку откладывают отпечаток на самосознании детей.

Тип личности, формирующийся в условиях материнской депривации, называют безэмоциональным. Такой ребенок отличается вялостью эмоционального поведения, неумением вступать в значимые отношения как со сверстниками, так и со взрослыми. Нарушение эмоциональных контактов приводит к тому, что он чувствует себя слабее других, у него развивается низкая самооценка, чувство неполноценности. Основным переживанием таких детей является кажущаяся враждебность мира по отношению к нему.

В условиях эмоциональной депривации ребенок оказывается неспособным к конструктивным социальным контактам. Дефицит опыта общения усугубляет его эмоциональную и социальную депривацию.

4.3.2 Особенности межличностных отношений ВИЧ – инфицированных детей-сирот

Уже с дошкольного возраста у детей-сирот обычно отмечаются особенности в развитии общения как со взрослыми, так со сверстниками. По-видимому, это в полной мере касается и ВИЧ – инфицированных детей – сирот. Частая сменяемость взрослых в учреждениях интернатного типа, несовпадение их программ поведения, снижение интенсивности и доверительности связей взрослого с ребенком, эмоциональная отстраненность взрослых в сочетании со стремлением подавлять и навязывать детям свое мнение, уплощенный эмоциональный фон общения, преобладание групповой отнесенности, направленность общения с ребенком в основном в сторону регламентации поведения - все это ведет к нарушению межличностного общения.

Неудовлетворенность потребности в общении со взрослыми проявляется уже с первых дней пребывания ребенка в детском доме. И может, следовательно, рассматриваться как наследство дошкольного детства, проведенного вне семьи.

Для младших школьников, воспитывающихся в детском доме в качестве ведущих выступают два симптомокомплекс - «тревога по отношению ко взрослым» и «враждебность по отношению ко взрослым».

Первый, отражающий беспокойство, неуверенность ребенка в том, интересуется ли им воспитатель, принимает ли его, любит ли, проявляется в таких симптомах «отрезках поведения», как «очень охотно выполняет свои обязанности; проявляет чрезмерное желание здороваться с воспитателем; слишком разговорчив, докучает своей болтовней; очень часто приносит и показывает воспитателю найденные им рисунки, предметы и т.п., «всегда находит предлог, чтобы занять воспитателя своей особой, постоянно нуждается в помощи и контроле со стороны воспитателя» и т.п.

Второй свидетельствует о различных формах неприятия ребенком взрослых и может быть началом враждебности, депрессии, агрессивности, асоциального поведения - «исключительно нетерпелив, кроме тех случаев, когда находится в «хорошем» настроении; иногда стремится, а иногда избегает здороваться с воспитателем; в ответ на приветствие может выражать злость или подозрительность; очень переменчив в поведении; иногда кажется, что он умышленно плохо выполняет работу; неприятен, в особенности когда защищается от предъявляемых ему обвинений; всегда на что-то претендует и всегда считает, что несправедливо наказан» и т.п.

В общении воспитанников детского дома со взрослыми можно выделить два момента: с одной стороны, напряженность данной потребности, а с другой - примитивность и неразвитость форм общения. Два доминирующих симптомокомплекса по существу свидетельствуют о том же самом: «тревожность» - о неудовлетворенности потребности в принятии со стороны взрослого, а «враждебность» - о неадекватности форм взаимодействия со взрослыми.

Подобные факты трудностей в общении со взрослыми могут быть связаны с тем, что ребенок в детском доме с раннего возраста сталкивается с большим количеством людей, в результате чего у него не формируются устойчивые эмоциональные связи, развивается эгоцентризм и незаинтересованность в социальных отношениях.

Гипертрофированная потребность в общении со взрослым и полная ее неудовлетворенность приводят к тому, что на фоне выраженного стремления к общению с воспитателем, младшие школьники-сироты проявляют агрессивность по отношению ко взрослому. Потребность в доброжелательном отношении взрослого сочетается с глубокой фрустрированностью потребности в интимно-личностном общении с ним.

Межличностное общение воспитанников детского дома друг с другом также очень отличается от общения детей, воспитывающихся в семье.

И в той, и в другой группах конфликт с другими детьми чаще всего вызывает экстрапунитивные, обвиняющие реакции, причем в основном это реакции самозащитного типа «сам дурак». Однако если в детском доме такие реакции абсолютно преобладают, а все остальные буквально единичны, то в школе их, во-первых, намного меньше, чем в детском доме, а во-вторых, почти в такой же степени представлены интропунитивные реакции по типу фиксации на удовлетворении потребности. Но замечено, что ни в школе, ни в детском доме при конфликтах с другими детьми практически совсем не встречаются интропунитивные реакции самозащитного типа «Извини меня, пожалуйста, я больше так не буду».

Воспитанники детского дома менее успешны в решении конфликтов в общении со взрослыми, и со сверстниками, чем учащиеся обычной школы. Бросается в глаза агрессивность, стремление обвинить окружающих, неумение и нежелание признать свою вину, т.е. по существу, доминирование защитных форм поведения в конфликтных ситуациях и соответственно неспособность конструктивно решить конфликт.

В детском доме ребенок постоянно общается с одной и той же достаточно узкой группой сверстников, причем он сам не властен предпочесть ей какую-либо другую группу, что доступно любому ученику обычной школы, но одновременно он не может быть и исключен из нее.

Принадлежность к определенной группе сверстников для него как бы безусловна. Это ведет к тому, что отношения между сверстниками складываются не как приятельские, дружеские, а по типу родственных, как между братьями и сестрами.

Такую безусловность в общении со сверстниками в детском доме можно, с одной стороны, рассматривать как положительный фактор, способствующий эмоциональной стабильности, защищенности, когда группа сверстников выступает определенным аналогом семьи. С другой стороны - подобные контакты не способствуют развитию навыков общения со сверстниками, умению наладить равноправные отношения с незнакомым ребенком, адекватно оценить свои качества необходимые для избирательного, дружеского общения.

В детском доме у детей дошкольного возраста контакты выражены гораздо слабее, чем у их ровесников из детского сада, они очень однообразны, малоэмоциональны и сводятся к простым обращениям и указаниям. В основе отставания лежит отсутствие эмпатии, т.е. сочувствие, сопереживания, умения и потребности разделить свои переживания с другим человеком.

Можно отметить также, что полноценные, эмоционально насыщенные контакты не формируются у воспитанников детского дома, когда дело касается и их родных братьев и сестер. Наблюдение за воспитанниками, у которых не было опыта общения со старшими братьями и сестрами, показывают, что дети не имеют к ним родственной привязанности, а в процессе общения их отношения находятся на низком уровне (им нечем заняться друг с другом, они не нечем заняться друг с другом, они не проявляют ни доброжелательности друг к другу, ни заботы, ни заинтересованности).

Нарушения в сфере общения сказываются на развитии личности ребенка-сироты, искажая его представления о себе, отношении к самому себе, затрудняя осознание себя как личности.

4.3.3 Особенности социализации ВИЧ – инфицированных детей – сирот

Многие воспитанники интернатных учреждений с самого раннего детства перемещаются из одного воспитательного учреждения в другое (дом ребенка, дошкольный детский дом, школа-интернат). Ребенку приходится адаптироваться к все более возрастающему числу сверстников и новым взрослым. Именно от множественности контактов в наибольшей степени страдают воспитанники детских учреждений.

Американские исследователи обнаружили, что в ситуации с постоянно меняющимися взрослыми (в больницах, детских домах, яслях) ребенок в состоянии восстановить прерванный эмоциональный контакт с взрослым не более 4-х раз, после чего он перестает стремиться к такого рода контактам и становится к ним равнодушным. У детей формируется базовое недоверчивое отношение к миру. Многие дети-сироты ощущают себя неудачниками лишь по обстоятельствам своего рождения. А неудачники, как известно, составляют группу риска и пополняют ряды проституток, алкоголиков, наркоманов, попадают в криминальную среду.

Для воспитанников интернатных учреждений характерна односторонность, бедность мотивационной сферы, непосредственная привязанность мотивов к ситуации обучения, прямая их зависимость от требований взрослого. В сложных конфликтных ситуациях общения со взрослыми и сверстниками ярко проявляется неумение выйти за пределы ситуации, неумение владеть своим поведением и настроением. У подростков-сирот отклонения в развитии сказываются, прежде всего, на взаимоотношениях с окружающими. Затруднения в формировании самосознания приводят к повышенной комформности, поверхностности чувств, бездуховности, агрессивности. Дети очень часто оценивают себя на основе высказываний и замечаний в их адрес со стороны воспитателей. Обращает на себя внимание отсутствие стремления к самостоятельности, к ответственности за свои поступки. Часто они не

могут самостоятельно найти деятельность, позволяющую реализовать свои потребности и интересы.

Деятельность детей в детском доме полностью регламентирована взрослыми. У ребенка отсутствует осознанный выбор вида деятельности, занятия. У него нет возможности для самостоятельной организации своего свободного времени. Удовлетворение потребности в самоутверждении, демонстрация самостоятельности проявляются в неподчинении взрослым, игнорировании правил, моральных норм. Попадая в самостоятельную жизнь, когда строго регламентированный распорядок сменяется полной свободой, подросток теряется, так как привык не создавать для себя нормативы деятельности, а нарушать. «Отравление свободой» является для него сильным эмоциональным стрессом. Он начинает вести себя в противовес тому, что от него требовали раньше. Желание испытать то, что ему раньше запрещали, вызывает употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ. «Закрытость» учреждения обособляет его от внешнего мира и обедняет жизненный опыт.

У педагогов, работающих с детьми, лишенными родительской опеки, существует заблуждение, что отягощенная наследственность, особенности интеллектуального развития, социальное происхождение большинства воспитанников является основанием считать их потенциальными проститутками, наркоманами, токсикоманами, алкоголиками. Особенно это касается детей с ВИЧ-статусом.

В условиях семейной, в первую очередь, материнской депривации у большой группы детей и подростков искажаются условия ранней социализации. Это сопровождается у многих из них пребыванием в условиях острых или хронических стрессовых ситуаций с риском психического и физического насилия, риском развития нервно-психических расстройств с разнообразными девиациями поведения. У других детей искаженные условия ранней социализации сопровождаются

аморально-криминальным окружением с риском вовлечения в преступную деятельность, с формированием асоциальных личностных деформаций и устойчивыми формами делинквентной и далее криминальной активности.

4.4 Сопровождение ВИЧ-инфицированных детей-сирот в условиях интернатного учреждения

4.4.1 Цели сопровождения

В широком смысле сопровождение понимается как поддержка людей, у которых на определенном этапе развития возникают трудности личностного или социального плана.

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

В качестве основной цели системной реализации психолого-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных детей и подростков, находящихся на государственном обеспечении являются преодоление дезадаптивных форм поведения, формирование у сопровождаемых способностей к преодолению жизненных трудностей, оказание сопровождаемым психологической помощи и поддержки.

Психолого-педагогическое сопровождение ВИЧ-инфицированных детей и подростков, находящихся на сопровождении в детских домах и интернатах, протекает в двух формах, которые, в идеале, представляют собой согласованные процессы: индивидуальное сопровождение, ориентированное на решение проблем самого ребенка, а также системное сопровождение, направленное на профилактику или коррекцию проблем, создающихся в его социальной ситуации развития.

Целями психолого-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных являются:

- помощь и поддержка сопровождаемого в преодолении им затруднений (преимущественно психологических);
- сохранение естественных механизмов развития личности ВИЧ-инфицированного ребенка/подростка, учет индивидуальных и возрастных особенностей сопровождаемого;
- создание условий для профилактики возможных трудностей в социализации сопровождаемого, формирование у него потребности в саморазвитии, самопомощи, активной стратегии преодоления жизненных трудностей и проблем.

Целью психолого-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных, в домах интернатного типа является создание условий для их успешной социальной адаптации, преодоление стигматизации и дискриминации.

Достижение этой цели требует решения следующих задач:

- определение исходного социально-психологического статуса непосредственно сопровождаемых и представителей других целевых групп сопровождения;
- постоянный мониторинг социально-психологического статуса для оценки эффективности оказываемой помощи и необходимой коррекции индивидуальной программы сопровождения;
- оказание психологической поддержки;
- оказание информационной поддержки;
- оказание психотерапевтической помощи, ориентированной на разрядку внутриличностных конфликтов;
- проведение обучающей и профилактической работы с представителями различных целевых групп.

4.4.2 Специфическое и неспецифическое сопровождение ВИЧ-инфицированных детей и подростков

Специфическое сопровождение ВИЧ-инфицированных детей и подростков, - это те мероприятия, которые связаны с необходимостью затрагивать в работе конфиденциальную информацию о сопровождаемом, в частности информацию о ВИЧ-носительстве. Целевыми группами в подобной работе являются, прежде всего, сами ВИЧ-инфицированные, а также их ближайшее социальное окружение.

Специфическое сопровождение начинается с этапа диагностики социально-психологического статуса сопровождаемых детей и подростков. В ходе этой диагностики необходимо не только собрать информацию сугубо психологического свойства, но и выяснить, какие информационные ресурсы необходимы сопровождаемому. Это может быть информация о возможностях и путях получения социальной или юридической помощи, учреждениях, оказывающих медицинские услуги, в которых нуждается ребенок, и т.д. Хотя социально-психологическая помощь и не предполагает оказание услуг непсихологического профиля, для ее эффективности они зачастую являются обязательными, в силу чего сопровождающий время от времени выполняет диспетчерские функции (функции предоставления информации).

По итогам диагностики проводится консилиум, в котором принимают участие все специалисты, задействованные в последующей работе с данным ребёнком. Основной задачей проведения консилиума является разработка индивидуальной программы сопровождения конкретного ВИЧ-инфицированного ребенка. Результаты диагностики создают ориентировочную основу для формулировки конкретных задач сопровождения и выбора адекватных методических средств. Индивидуальная программа сопровождения должна опираться на

тщательный анализ ситуации развития и жизни конкретного сопровождаемого, поскольку на этой основе проектируются индивидуальная траектория их дальнейшего развития и ожидаемые результаты сопровождения. По ходу реализации программы она может претерпевать более или менее существенные изменения, необходимые для повышения ее эффективности, причем эти изменения вносятся посредством работы дополнительно организованных консилиумов, собирающихся по результатам плановых мониторингов или по просьбе отдельных специалистов.

На следующем этапе на основе индивидуальной программы сопровождения реализуется комплекс консультационных, психотерапевтических, тренинговых и обучающих мероприятий, направленных на решение поставленных в каждом конкретном случае задач.

При организации сопровождения ВИЧ-инфицированных детей и подростков необходимо учитывать специфику данной целевой группы, а также связанных с ней целевых групп. Эта специфика обусловлена теми социально-психологическими изменениями, которые сопровождают ВИЧ-носительство. Подобные изменения происходят как с самими ВИЧ-инфицированными, так и с людьми, находящимися с ними в непосредственном контакте (родными и близкими, людьми, составляющими круг учебно-профессионального и/или межличностного общения, специалистами, работающими с сопровождаемыми).

ВИЧ-носительство оказывает значительное влияние на психику и изменяет психологию зараженных людей, в силу того, что на сегодняшний день является неизлечимым; хроническим заболеванием, трудно предсказуемым и в своём течении, и в исходе, что делает аутоадаптацию к нему чрезвычайно сложной. Кроме того, часть

изменений вызваны физиологическими причинами, влекущими за собой снижение иммунитета и общую астенизацию такого ребенка.

Следующим, не менее важным фактором изменения психики ВИЧ-инфицированных детей и подростков является тот неоспоримый факт, что и ВИЧ-носительство, и как один из путей заражения наркомания практически любым обществом рассматривается как негативное и отвергаемое явление, что неизбежно влечет за собой трансформацию отношений такого ребенка/подростка с другими людьми. Кроме того, необходимо учитывать случаи негативного воздействия на психику ВИЧ-инфицированного, его опыта взаимодействия с врачами (ятрогений).

4.4.3 Принципы сопровождения

В настоящее время в интернатных учреждениях существует тенденция изоляции ВИЧ-инфицированных детей от остальных воспитанников. Таким образом, социальная депривация, присутствующая в закрытом учреждении, еще более усиливается. Эта ситуация создает патологические условия развития ВИЧ-инфицированных детей. Все действия, направленные на ребенка обусловлены, прежде всего, его «дефектом» и зачастую игнорируют его нормальные потребности.

Создание изолированных групп, а тем более специализированных учреждений для ВИЧ-инфицированных не может стать конструктивным решением их проблем развития. Изоляция детей будет с каждым годом все более затруднять возможности их полноценной интеграции в социум. Такой путь может привести к появлению чувства «особости», «непохожести» у ВИЧ+ детей и продуцировать стремление к группированию и самоизоляции.

Поэтому единственно верным путем создания полноценных условий развития ВИЧ-инфицированных детей является путь их интеграции в группы других воспитанников.

Создание микросоциума, где готовы понять и принять ВИЧ – инфицированного ребенка, не может быть осуществлено без специально организованной помощи и поддержки. Для их организации необходимо внедрение в интернатные учреждения системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения развития каждого такого ребенка с момента начала поступления в детский дом. Это сопровождение предполагает комплексную диагностику проблем ребенка в динамике развития, составление индивидуальной программы, включающей не только коррекцию проблем учащегося, но и одновременную помощь учителю и воспитателю. В основу программы должны быть положены коррекция психических функций и эмоционально-личностной сферы ребенка, формирование самооценки, навыков адекватного общения со сверстниками и взрослыми в окружающем социуме, преодоление стигматизации и дискриминации этих детей в учреждении.

Безусловно, существует специфика сопровождения такого ребенка. Во многом его сопровождение будет базироваться на принципах сопровождения соматически ослабленных детей, и строится в зависимости от состояния здоровья ребенка, его уровня развития, возрастных особенностей, факторов анамнеза (биологических и социальных), уровня адаптационных возможностей ребенка.

Также как и при работе с соматически ослабленными, при работе с ВИЧ-инфицированными детьми педагогам следует:

1. учитывать индивидуально-ориентированный подход к обеспечению режима (не принуждать в выполнении отдельных его составляющих, учитывать степень адаптации ребенка, динамику его работоспособности, изменять нагрузки или при необходимости освобождать от занятий, строго дозировать физическую нагрузку, внимательно соблюдать режим бодрствования, сна, кормления и пр.);

2. формировать и повышать нервно-психическую устойчивость к обязательным занятиям. С целью снижения уровня напряжения возможно перераспределение уплотненности нагрузок в течение дня, например, за счет переноса одного из занятий на вторую половину дня;
3. создавать оптимальные гигиенические условия для детей (температурный и воздушный режим, достаточная освещенность и т.д.);
4. прививать детям гигиенические нормы (пользоваться индивидуальными средствами гигиены, часто мыть руки и т. д.);
5. выполнять мероприятия, направленные на предупреждение возникновения острых инфекционных заболеваний;
6. воспитывать черты характера, необходимые для обеспечения приверженности к лечению и профилактики передачи ВИЧ в дальнейшей жизни ребенка;
7. строго, внимательно следить за соблюдением режима АРВ-терапии, в том числе, учитывать сложности, возникающие при приеме препаратов вне детского учреждения.

Для ВИЧ-инфицированного ребенка качество ухода, качественное питание и лечение очень важно, но забота и доброжелательное отношение окружающих является не менее важным элементом длительной и полноценной жизни ребенка. Поэтому немаловажно в группах, где воспитываются дети создавать благоприятную психологическую атмосферу. Для полноценного развития необходим физический и эмоциональный контакт со значимым взрослым, в данном случае – с воспитателем, заменяющим родителя.

Контрольные вопросы и задания

1. Объясните, в чем заключается комплексность профилактики ВИЧ/СПИДа
2. Перечислите ключевые направления комплексной программы профилактики ВИЧ/СПИДа
3. Назовите основные стратегии профилактической работы
4. Дайте характеристику уровней профилактики ВИЧ-инфекции.
5. Объясните что такое первичная профилактика, ее цели и задачи
6. Назовите базовые теории, лежащие в основе концепции профилактики
7. Обоснуйте основные группы профилактического вмешательства.

4.5 Психологические проблемы семей с ВИЧ-инфицированным ребенком

В случае заболевания ребенка семья сталкивается с целым спектром проблем, такими как: социальное отвержение, страх смерти, потеря жизненной перспективы, ухудшение материального положения, обусловленное большими затратами на лечение и ограничением трудоспособности больных членов семьи и лиц, осуществляющих уход за ними. Кроме того, в них имеется дополнительное эмоциональное напряжение, связанное с переживаниями вокруг ребенка.

Характерным для семьи является сосредоточение на проблеме здоровья ребенка, по отношению к которому родители являются «виноватыми и гиперопекающими». Родители стараются уберечь ребенка от любых нагрузок и «компенсировать» ему его болезнь, занимая чрезмерно заботливую позицию, стараясь уберечь его от всех забот и трудностей. Например, по данным статистики, каждый десятый родитель считает, что таким детям не стоит выполнять работу по дому и иметь определенные обязанности. Результатом такого отношения является повышенная зависимость ребенка от родителей и затруднения даже в тех проблемах, которые он вполне мог бы решать самостоятельно.

Болезнь ребенка оказывает большое влияние и на супружеские отношения между его родителями. Некоторые семьи распались на ранних этапах, из-за того, что отцы уходили из семей сразу после выявления заболевания, другие сплотились на чувстве вины перед ребенком. При этом родители инфицированного ребенка во многих случаях склонны к самоограничениям в собственной жизни: отказ от супружеских отношений, отказ от собственных увлечений, любимой работы и т. д. из желания дать больному ребенку как можно больше. Но главная проблема — те переживания, которые есть в семье: (Останется ли ребенок здоровым?», «Что будет с ребенком, если мы (я) умрем?», «Как уберечь его от дискриминации?». Вследствие переживания

многолетнего стресса у многих членов этих семей развиваются психосоматические и невротические расстройства.

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

Если ВИЧ-инфицирование ребенка связано с тем, что он употребляет наркотики, это накладывает ряд особенностей на взаимоотношения в семье, обостряя существующие во всех семьях ВИЧ-инфицированных психологические проблемы и порождая другие, связанные с наркозависимостью.

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

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

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

Созависимый испытывает «хронический» страх за жизнь и здоровье ребенка и его жизненные планы концентрируются вокруг больного члена семьи;

У созависимого преобладает депрессивный фон настроения, астения;

- Созависимый теряет способность контролировать свое поведение. Он перестает управлять своей жизнью, лишь реагирует на то, что делают, чувствуют, думают другие.

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

Чувства у созависимого как бы «заморожены», а именно, он легко определяет чувства другого человека, знает, почему и как эти чувства возникают у другого человека, но не может и (главное!) не хочет говорить о своих;

- У созависимого низкая самооценка (вплоть до ненависти к себе);

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

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

Созависимый переживает одиночество и чувство вины за происходящее.

Перечисленные изменения личности родителей (или других близких) наркозависимых ВИЧ-инфицированных характеризуют

попытку членов семьи приспособиться к зависимости близкого человека от наркотических веществ, сопровождающейся неизлечимым, трудно предсказуемым заболеванием. Это приспособление носит патологический характер и происходит ценой личностных и межличностных «потерь», приводящих к нарушению жизни всей семьи в целом.

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

Существенным является то, что эти изменения в отношениях внутри семьи создают препятствия для специалистов на пути оказания помощи члену семьи, демонстрирующему трудное поведение. Поэтому при оказании психологической помощи наркозависимым ВИЧ-инфицированным детям и подросткам, необходимо влечение семьи больного в этот процесс.

4.6 Сопровождение семей ВИЧ-инфицированных детей

Система социальной и психологической помощи ВИЧ-инфицированным и их семьям находится только в самой начальной стадии становления. Во многом это обусловлено дискриминацией ВИЧ-инфицированных в обществе, из-за которой ВИЧ-инфицированные вынуждены скрывать свой статус. Это становится причиной того, что

многие специалисты образовательных и воспитательных учреждений, осуществляющие социально-психологическую помощь несовершеннолетним, как правило, не владеют информацией о том, что у ребенка есть такая проблема, в связи с чем, возможности их содействия в решении проблем ВИЧ-инфицированных детей и членов их семей становятся довольно ограниченными

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

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

Специалистам образовательных и воспитательных учреждений необходимо владеть информацией о месте нахождения СПИД-сервисных организаций в их районе и формах предоставления помощи, осуществляемых данными организациями, с тем, чтобы иметь возможность наладить взаимодействие со специалистами данных организаций в процессе сопровождения ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних и членов их семей. Также, необходимо отметить, что в функции многих СПИД-сервисных организаций входит проведение обучающих тренингов и семинаров для специалистов различных профилей по вопросам ВИЧ/СПИДа, в том числе и специалистов образовательных учреждений.

Не вызывает сомнения, что наиболее эффективным социально-психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных детей и подростков является тогда, когда в него включены специалисты образовательного учреждения, которое посещает ребенок. Образовательные учреждения обладают рядом уникальных возможностей для осуществления социально-психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних, таких как наличие необходимой материальной базы: помещения, методической литературы и др. и квалифицированных специалистов - психологов, учителей и социальных педагогов, имеющих возможность непосредственного наблюдения участия в жизни ребенка и прямой доступ к людям из его ближайшего социального окружения.

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

Необходимо учитывать, что при проведении работы по социально-психологическому сопровождению ВИЧ-инфицированных детей и подростков чрезвычайно важно соблюдать этические и законодательные нормы, предписывающие, в частности, сохранение конфиденциальности информации о заболеваниях сопровождаемых. ВИЧ-инфицированные дети, как и все дети, имеют право на полноценную жизнь. Им необходима активная, богатая впечатлениями жизнь. Главнейшей для

маленького человека является возможность общения с другими детьми и взрослыми, их расположение и принятие.

4.7 Развитие толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным в обществе

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

Группа ВИЧ-позитивных учащихся является неоднородной. В зависимости от причин заражения сопутствующих проблем, и времени инфицирования такие учащиеся будут иметь различные особенности. В то же время существуют общие для всех категорий ВИЧ-инфицированных проблемы, влияющие на социально-психологический статус ВИЧ-инфицированных. Такой проблемой является отрицательное отношение общества к ВИЧ-инфицированным.

По данным статистики, 46% опрошенных считают, что больных с ВИЧ следует изолировать от общества; 55% перевели бы своего ребенка в другое образовательное учреждение, если бы узнали, что там есть ребенок с ВИЧ/СПИД; 10% испытывают гнев к ВИЧ-инфицированным, а 20% - отвращение к ним (по данным опроса, проведенного Фондами «Фокус-медиа» и «СПИД Фонд Восток-Запад»).

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

Между тем, ВИЧ-инфицированные дети не представляют угрозы для других детей в домашних условиях, в детском саду и школе. До сих

пор не было зарегистрировано ни одного случая бытовой передачи ВИЧ-инфекции. В связи с этим наличие у детей ВИЧ-инфекции не должно служить причиной изоляции ВИЧ-инфицированного ребенка от детского коллектива.

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

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

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

Необходимость хранения «постыдной тайны» и постоянный страх ее разоблачения крайне отрицательно сказывается на психологическом здоровье ВИЧ-инфицированных детей и членов их семей. Вместе с тем

отрицательное отношение общества ВИЧ-инфицированным людям является одной из ведущих причин сокрытия диагноза ребенка даже от самого несовершеннолетнего. Родители оберегают ребенка от той боли, которая сопровождает знание такой тайны, и боятся того, что ребенок не будет способным хранить ее в секрете.

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

Таким образом, ряд психологических трудностей и социальных проблем ВИЧ-инфицированного учащегося связаны проблемой дискриминации и стигматизации. Сопровождение ВИЧ-позитивных учащихся соответственно должно в качестве обязательного компонента включать работу по преодолению предвзятого отношения к больным людям у других учащихся образовательного учреждения, их родителей и специалистов.

4.8 Профилактическая работа с лицами, контактирующими с ВИЧ - инфицированными

Группа лиц, контактирующих с ВИЧ - инфицированными («референтные к ВИЧ - инфицированным») включает тех несовершеннолетних, а также специалистов, работников образовательной сферы, членов семей, детей ВИЧ -инфицированных матерей, которые в силу семейных, профессиональных или ситуативных обстоятельств находятся в контакте с ВИЧ - инфицированными и

больными СПИДом. Важным направлением работы с этими категориями, в частности с работниками сферы образования, является формирование толерантности к ВИЧ - СПИД - инфицированным, а также разработка антидискриминационных мер и межведомственного взаимодействия. Эффективная профилактика в отношении ряда категорий этой группы возможна только при принятии ряда законодательных, правовых и организационных решений. В качестве примера можно привести необходимость принятия организационных решений на межведомственном уровне о создании условий для психолого-педагогического сопровождения детей ВИЧ - инфицированных матерей в раннем детском возрасте. Необходимость этого шага обусловлена тем, что в настоящее время эти дети на этапе диагностики, а это составляет около 2 -х лет, содержатся исключительно в медицинских учреждениях, где они не получают адекватной психолого-педагогической помощи. В результате, к моменту выписки у значительной части этих детей, даже с неподтвержденным диагнозом ВИЧ - инфекция, обнаруживаются серьезные, а порой и необратимые задержки психического и двигательного развития.

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

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

Основные принципы психолого-педагогического сопровождения:

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

- приоритет интересов сопровождаемого, «на стороне ребенка»: специалист стремится решить проблему с максимальной пользой для ребенка, вне зависимости от того прав ребенок или не прав, так как специалист системы сопровождения, зачастую является единственной «силой» способной поддержать ребенка в трудной ситуации.

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

мультидисциплинарность: социальное-психологическое сопровождение требует комплексного подхода;

стремление к автономизации: специалист старается избежать любого давления от администрации образовательного учреждения или других лиц из окружения ребенка, могущего быть направленным против интересов ребенка;

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

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

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

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

4. Оказание сопровождаемым первичной помощи на начальных этапах реализации плана;

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

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

Контрольные вопросы:

1. Перечислите психологические особенности ВИЧ-инфицированных детей и подростков.
2. Дайте характеристику сопровождения ВИЧ-инфицированных в образовательных учреждениях. В чем специфика работы с детьми ВИЧ-инфицированных матерей.
3. Охарактеризуйте основные виды помощи семьям ВИЧ-инфицированных наркозависимых несовершеннолетних в образовательных учреждениях.

Практические задания:

1. Создайте схему сопровождения ВИЧ-инфицированного ребенка. 1) в условиях дома ребенка; 2) в условиях детского дома для детей дошкольного возраста; 3) в условиях детского дома для детей школьного возраста; 4) в условиях общеобразовательного учреждения.
2. Разработайте психолого-педагогические рекомендации для родителей, усыновивших ВИЧ-инфицированного ребенка 7-летнего возраста.
3. Разработайте психолого-педагогические рекомендации для родителей ВИЧ-инфицированного подростка, заразившегося парентеральным путем.

Глава 5: Нормативно-правовая база социальной защиты детей с ВИЧ – инфекцией и членов их семей

5.1. Права и обязанности ВИЧ-инфицированных

Основным руководящим документом, декларирующим права больных ВИЧ-инфекцией, является Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» от 30 марта 1995 г. № 38 ФЗ (с изменениями от 18.07.1996 г. № П2-ФЗ, от 07.01.1997 г. № 8-ФЗ).

В преамбуле закона отмечено, что ВИЧ-инфекция представляет угрозу для личной, общественной и государственной безопасности, а также существованию человечества. Подчеркивается необходимость защиты прав и законных интересов населения и проведения своевременных эффективных профилактических мер.

В соответствии с данным законом, государством гарантируются:

- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ инфекции, в т. ч. и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечением такого медицинского освидетельствования, как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

- бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных и стационарных условиях, а также их бесплатный проезд к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации;

- регулярное информирование населения о доступных мерах предупреждения ВИЧ-инфекции;

- эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции;

- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-

инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

ВИЧ-инфицированные - граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Не допускается увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

ВИЧ-инфицированный ребенок должен быть принят в любое учебное заведение на общих основаниях. Если по состоянию здоровья ему трудно посещать школу, то органы управления образованием и образовательные учреждения обеспечивают с согласия родителей обучение ребенка по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому. Правительство РФ должно определить порядок воспитания и обучения детей-инвалидов на дому, в негосударственных образовательных учреждениях, а также размеры компенсации затрат родителей на эти цели.

Родители ВИЧ-инфицированных детей имеют право на внеочередное предоставление жилых помещений, если они нуждаются в улучшении жилищных условий и если ВИЧ-инфицированный – несовершеннолетний в возрасте до 18 лет проживает ними. Одним из оснований признания семьи нуждающейся в улучшении жилищных условий является отсутствие у ВИЧ-инфицированного ребенка отдельной комнаты.

Родители или их законные представители ВИЧ-инфицированных детей имеют право на сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей в случае ухода за ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, бесплатный проезд одного из родителей при сопровождении ВИЧ-инфицированного ребенка в возрасте до 18 лет на лечение, совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре, внеочередное получение жилых помещений при проживании в семье ВИЧ-инфицированного ребенка в возрасте до 18 лет (ст. 18),

- предоставление ВИЧ-инфицированному несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет социальной пенсии, пособия и льгот, установленных для детей-инвалидов (ст. 19),

- работающим родителям для ухода за ВИЧ-инфицированными детьми до достижения детьми возраста 18 лет предоставляется четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц (ФЗ от 24 ноября 1995 г №181-ФЗ, ст.27. Права инвалидов);

- обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ беременных как потенциальных доноров крови и биологических тканей (плацента) (ст. 9.1);

- искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится только с согласия женщины (приказ Минздрава России №302от 28.12.93). Наличие ВИЧ-инфекции у беременной

женщины является основанием для прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке беременности свыше 12 недель.

Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренной статьей 9 Федерального закона №38 от 30.03.95, когда такое освидетельствование является обязательным.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при медицинском освидетельствовании. Медицинское освидетельствование проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

В статье 13 п.1. Федерального Закона №38 от 30.03.95 предусматривается уголовная ответственность за распространение ВИЧ-инфекции.

Кроме того, 122 статья Уголовного кодекса РФ («Заражение ВИЧ-инфекцией») в ноябре 2003 года была дополнена примечанием, на основании которого человек, поставивший партнера в опасность заражения либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности, если «другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения». Такое дополнение освобождает людей, признанных ВИЧ положительными, от угрозы наказания, которая довлеет даже над супружескими парами, если один из них имеет такой статус, а другой считается здоровым.

Особую тревогу вызывают семьи риска по ВИЧ-инфекции, СПИДу. Их с каждым годом все больше, но растет не только само

количество семей, где один или несколько членов ВИЧ-инфицированные. Идет процесс не только мощной потери репродуктивного здоровья, но и резкого снижения защитных функций семьи [Ремнева Н. С., 2004]. Отмечено, «что в последние годы произошли значительные изменения в структуре и поведении пациентов. Замечена возросшая агрессивность в поведении девочек-подростков, их независимость от мнения окружающих и целеустремленность в достижении поставленной цели будь то любовь, секс или получение денег. В случае возникновения проблем их поведение сложнее поддается коррекции со стороны родителей, нежели поведение мальчиков-подростков. А мотивация на сохранение здоровья для продолжения рода сформирована недостаточно» [Дементьева Л. А., 2004].

Необходимо отметить и тот факт, что в настоящее время на большинстве территорий около 75% вновь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, у которых установлен фактор заражения, являются внутривенными потребителями наркотиков [Онищенко Г. Г., 2004]. Более 90% состоящих на учете больных наркоманией употребляют опиаты. Проведенные в различных городах страны исследования показали высокий уровень распространения ВИЧ-инфекции, инфекции, передаваемых половым путем, и среди лиц, оказывающих платные сексуальные услуги. От 30 до 60% таких лиц являются потребителями инъекционных наркотиков.

В отношении легализации наркопотребления существуют различные мнения. Но, как отмечено старшим межрегиональным советником по правовым вопросам Управления по наркотикам преступности ООН Б. Леруа: «<...> легализация, которая, как полагают ее сторонники, должна привести к снижению числа потребителей наркотиков и облегчению их проблем, на самом деле приведет к резкому, если не сказать лавинообразному росту числа лиц, страдающих наркоманиями»

[Леруа В., 2004]. Считается также, что сексуальный путь передачи ВИЧ инфекции среди наркозависимых замаскирован высоким уровнем риска, связанным с инъекционным употреблением наркотиков [Шаболтас А. В., и др., 2004].

Глобальный характер распространения ВИЧ/СПИДа - серьезнейший вызов XXI веку, т.к. развившаяся пандемия представляет реальную угрозу социально-экономическому развитию всех стран мира. В июне 2001 г. была проведена Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН.

Накопленный опыт в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции в нашей стране и за рубежом позволил сформулировать главные принципы национальной политики России в отношении профилактики ВИЧ-инфекции:

- достижение максимально низкого уровня распространения ВИЧ среди населения, продление жизни ВИЧ-инфицированных до средней продолжительности жизни;

- ориентирование стратегии борьбы с эпидемией, в первую очередь, на профилактику распространения ВИЧ среди всех слоев населения;

- разработка и производство эффективных средств диагностики, лечения и специфической профилактики ВИЧ-инфекции;

- минимизация социальных, экономических и политических последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации.

Таким образом, у больных ВИЧ-инфекцией есть широкий набор прав, регламентируемых существующим законодательством. Однако борьба со стигмой и дискриминацией больных должна обеспечиваться не только гражданским обществом, но и самими больными посредством изменения своего рискованного поведения.

Проблема дискриминации обостряется в случае, если ВИЧ-инфицированный учащийся является наркозависимым, так как и то, и другое заболевание является отвергаемым в обществе.

5.2. Правовые основы организации сопровождения ВИЧ-инфицированных

Система социально-психологического сопровождения несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных в образовательных учреждениях организуется на основе действующего законодательства Российской Федерации. К числу основных документов, регулирующих ее функционирование, следует отнести:

- Конституцию РФ;
- Конвенцию о правах ребенка;
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1;
- Закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах от 10.12.1997 г.;
- Закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ;
- Приказ Министерства образования Российской Федерации «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации» от 22.10.1999 г. № 636;
- Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи» от 31.07.1998 г. № 867.

Согласно Конституции РФ, Конвенции о правах ребенка, Закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, называемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (статья 17), а также остальным перечисленным документам, законодательством не предусмотрены ограничения посещения образовательных учреждений ВИЧ-инфицированными детьми и подростками, злоупотребляющими ПАВ. Кроме того, *статья 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан* указывает на то, что информация о самом факте обращения за медицинской помощью, о диагнозе заболевания, равно как и любая другая медицинская информация, а также сведения о личной жизни лица и его семьи является врачебной (медицинской) тайной. Помимо медицинских служб, субъектами медицинской тайны являются и сотрудники немедицинских служб, которым при выполнении профессиональных функций стали известны сведения о состоянии здоровья лица, не зависимо от того, являются или не являются они медицинскими работниками. В этой же статье четко обозначены случаи, когда сведения, представляющие врачебную (медицинскую) тайну, могут быть переданы третьим лицам без согласия ища, к которому эти сведения относятся, либо без согласия его законного представителя, если таковой у лица имеется. Предоставление третьим лицам таких сведений допускается: 1) в целях обследования или лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; 4) в случае помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей; 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Практические задания:

1. Перечислите нарушенные права ВИЧ-инфицированного человека. С помощью каких статей закона можно восстановить справедливость?

Меня зовут П. Катаясь летом на мотоцикле, я попал в аварию. В больнице мне сделали операцию. Во время переливания крови я заразился ВИЧ, но тогда об этом я не знал. Когда я проходил призывную комиссию в военкомате, у меня был обнаружен ВИЧ. Медсестра, зная о моей беде, рассказала эту «новость» своим знакомым. А так как город у нас маленький, все вокруг быстро узнали о моей болезни. Все друзья перестали со мной общаться. При встрече не подают мне руки, стараются отойти в сторону. Моя любимая девушка бросила меня, хотя половой жизнью мы с ней не жили. Знакомые ребята сказали, что таких как я, надо отправлять на отдельный остров. Учителя и одноклассники сторонятся меня. Директор предложил перейти в другую школу. Так как моя мама работала в детском саду воспитателем, ее уволили, опасаясь инфекции. Я пытаюсь устроиться подработать, но, как только узнают о моем диагнозе, мне отказывают в трудоустройстве. У меня начались проблемы со здоровьем, но в местной поликлинике говорят, что больных СПИДом должны лечить в специальном центре за деньги, а их у меня нет. Я на грани отчаяния. Помогите. Ведь я остался таким же человеком, как и был прежде.

Библиография

1. Абелев Г.И. Основы иммунитета // Соросовский Образовательный журнал. – 1996, № 5.
2. Белозеров Е.С., Клебанов Я.А., Сапарбеков М.К. СПИД. – Алматы, 1995.
3. Беляева В.В., Ручкина Е.В. Консультирование в системе реабилитации при ВИЧ-инфекции. Ж. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2001, № 1.
4. Гусева Н.А. Тренинг предупреждения вредных привычек. СПб., 2003.
5. Дементьева Л.А. Некоторые аспекты женских проблем ВИЧ-инфекции в Российской Федерации// Круглый стол. 2004, № 5.
6. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004. 4-й Глобальный доклад. ЮНЕЙДС, 2004.
7. Должанская Н.А., Бузина Т.С. ВИЧ-инфекция в наркологической практике. М., 2000.
8. Змушко Е.И., Белозеров Е.С. ВИЧ-инфекция. – СПб, 2000.
9. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология. – СПб., 2001.
10. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. СПб.: Спецлит, 2001.
11. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей. – Л., 1988.
12. Каган В.Е. Воспитателю о сексологии. М.: Педагогика, 1991.
13. Колесов Д.В. Беседы о половом воспитании. М., 1986.
14. Колков В.В. (ред.) Культуральные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД в России. М., 2003.
15. Кон И.С. Введение в сексологию. М.: Медицина, 1989.

16. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. Министерство образования РФ. М., 2000.
17. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности. Стигма и дискриминация в связи ВИЧ/СПИДом. – ЮНЭЙДС, 2002.
18. Леруа Б. К вопросу о легализации наркотиков: мнение юриста-правоведа // Монитор. 2004, № 2.
19. Лицом к лицу со СПИДом. Программный доклад об исследованиях Всемирного банка. Пер.с англ. – М., 1998.
20. Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Иванов К.С. К вопросу о врачебной экспертизе ВИЧ-инфицированных // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. СПб, 1997.
21. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. М., 1996.
22. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. Пер. с англ. М., 1998.
23. Медико-социальная служба и ее значение в профилактике СПИДа и других актуальных инфекций. – СПб, 1998.
24. Образование против ВИЧ/СПИДа // Образование сегодня. Информационный бюллетень ЮНЕСКО, 2004, № 10.
25. Онищенко Г.Г. Задачи органов управления и учреждений здравоохранения по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. М., № 1, 2001.
26. Онищенко Г.Г. Приоритеты противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации на современном этапе // Материалы Международной научно-практической конференции по вопросам ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. Суздаль, 29.09-01.10.2004. Суздаль, 2004.

27. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. М., 2000.
28. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Копенгаген (Дания), 1998.
29. Профилактика ВИЧ-инфекцию Методические рекомендации / Под ред. Тайца Б.М., СПб., 2000.
30. Профилактическая работа с несовершеннолетними различных групп социального риса по злоупотреблению психоактивными веществами / Под ред. Л.М.Шипицыной, Л.С.Шпилени. М, 2004.
31. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция. Клиника и лечение. СПб, 2000.
32. Рахманова А.Г., Воронов Е.Е., Фомин Ю.А. ВИЧ-инфекция у детей. СПб., 2003.
33. Ремнева Н.С. Об основных направлениях работы с семьями «групп риска» по профилактике социального нездоровья и борьбе с социально обусловленными заболеваниями на примере Алтайского края // Круглый стол. – 2004, № 5.
34. Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде. / Под ред. Н.А.Сироты, 2003.
35. Савченко И.Г., Покровский В.В. Факторы риска ВИЧ-инфекции в России среди употребляющих наркотики внутривенно // Медицинская помощь. 1993, № 4.
36. Сборник программ по профилактике злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними / Под науч. ред. Л.М.Шипицыной. СПб., 2003.
37. Сельцовский А.П., Ющу Н.Д., Поляков С.В. Организация и проведение просветительской работы по проблеме ВИЧ/СПИД среди

учащихся старших классов общеобразовательных школ. – Методические рекомендации № 8. М., 2002.

38. Середа В.М., Латышев Г.В., Орлова М.В. и др. Методические рекомендации по социально-психологическому сопровождению несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных, злоупотребляющих психоактивными веществами в образовательных учреждениях. СПб., 2004.

39. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркоманий и алкоголизма: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М., 2003.

40. Соковня И.И. Нить Ариадны (Основы сексологии). – М.: НПО «Образование», 1995.

41. Стратегия ЮНЕСКО по образованию в области профилактики ВИЧ/СПИДа. – М., 2004.

42. Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних / Под ред. Л.М.Шипицыной. М., 2004.

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

44. Франкхам Дж., Канабус А. Поговорим с подростками о СПИДе. Пособие для родителей. – Таллин, 1993.

45. Шаболтас А.В., и др. Организация когортного исследования и оценка зараженности и заражаемости ВИЧ среди инъекционных наркопотребителей в Санкт-Петербурге // Русский журнал «ВИЧ/СПИД и родственные проблемы». 2004, Т.8, № 1.

46. Шереги Ф.Э., Арёфьев А.Л. Доклад. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. – М., 2003.

47. Школа без наркотиков. Книга для педагогов и родителей / Под ред. Л.М.Шипицыной и Е.В.Казаковой. СПб., 2001.

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

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

Глоссарий

Абстинентное состояние (синдром отмены) – резкое ухудшение самочувствия, вызванное прекращением приема или уменьшением употребления психоактивного вещества, которое принималось многократно, обычно в течение длительного времени и в больших дозах. Основной признак физической зависимости от ПАВ.

Абстиненция – (от латинского слова *abs* – из-за и *teneo* – держаться) воздержание от употребления наркотиков или алкогольных напитков, будь то по принципиальным соображениям или по другим причинам. Термин «абстиненция» не следует путать с «абстинентным состоянием».

Агрессивное поведение – поведение, нацеленное на подавление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения

Агрессия – стремление, проявляющееся в реальном поведении или фантазировании и имеющее целью подавление или причинение вреда себе или другим объектам

Адаптация – приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде. Различают адаптацию психологическую, под которой понимают приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды; социальную – приспособление человека к определенным формам социальной деятельности.

Аддиктивное поведение – одна из форм деструктивного поведения, употребление подростками ПАВ на этапе, предшествующем возникновению зависимости от них. Стремление к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций.

Антиген – структурно чужеродное для данного конкретного организма вещество, способное вызывать иммунный ответ.

Антитело – иммуноглобулин гликопротеидной природы, обладает способностью специфически взаимодействовать с антигеном, активировать комплемент, усиливать фагоцитарную активность макрофагов и нейтрализовать бактериальные токсины. Антитоксины – антитела, направленные против экзотоксинов бактерий.

Антропоноз – заболевание поражающее только человека.

Арттерапия – терапия средствами искусства; Основывается на том, что внутренние переживания, трудности, конфликты человека имеют представительство на образном, символическом уровне и могут получить выражение в искусстве.

Асоциальное поведение – поведение, отклоняющееся от социальных норм.

Астения – психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, нарушениями сна.

Аутоантигены – биомолекулы организма, против которых развивается аутоиммунная реакция.

Аутоантитела – антитела, направленные против аутоантигенов.

Аутогенная тренировка – психотерапевтический метод лечения, предполагающий обучение пациентов мышечной релаксации, самовнушению, развитию концентрации внимания и силы представления, умению контролировать произвольную умственную активность, с целью повышения эффективности значимой для субъекта деятельности.

Аутодеструктивное поведение – поведение, связанное с причинением себе вреда, разрушением своего организма и личности

Аффект – сильное и относительно кратковременное нервно-психическое возбуждение (ярость, ужас, гнев), сопровождающееся нарушением самоконтроля, напряжённой мимикой и жестикуляцией.

Биологические жидкости – все жидкости и организмы (кровь, слюна, лимфа, моча, слеза, сперма, вагинальная спинномозговая жидкость, грудное молоко, пот и др.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – вирус, вызывающий поражение клеток иммунной системы

Внушение – воздействие на психику человека, при котором путем преимущественно неосознаваемой психической активности создается установка на функциональное развертывание ее резервов. Внушение проводят как на фоне ясного, так и измененного состояния сознания (гипноз, психотропное воздействие и т.д.).

Воздействие педагогическое – влияние педагога на сознание, волю, эмоции воспитываемых, на организацию их жизни и деятельности в интересах формирования у них требуемых качеств и обеспечения успешного достижения заданных целей.

Возрастной подход – учёт и использование закономерностей развития личности (физических, психологических, социальных), а также социально-психологических особенностей групп воспитываемых, обусловленных их возрастным составом.

Вторичная профилактика злоупотребления (ПАВ) – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнение наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих психоактивные вещества, но не обнаруживающих признаков болезни.

Вторичные факторы защиты – факторы, рассматриваемые в период их воздействия после возникновения проблемы. Изучение вторичных факторов защиты от ВИЧ-инфекции позволяет выявить условия,

замедляющие течение ВИЧ-инфекции и переход заболевания в стадию СПИДа.

Выгорание эмоциональное – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Гендер – культурно-специфический набор признаков, определяющих социальное поведение женщин и мужчин и взаимоотношения между ними

Гештальттерапия – система методов и процедур психотерапевтического воздействия на человека, основанных на теории гештальт-психологии. Главный принцип – безусловное принятие человеком себя, других людей и всего остального мира таким, какие они есть.

Группа риска наркотизации – группа несовершеннолетних и молодежи, выделенная на основании определенного набора социально-демографических, личностных, психологических и сомато-физических признаков, характеризующихся большей склонностью к злоупотреблению наркотиками и иными психоактивными веществами. Группа риска является самостоятельным объектом профилактики. К ней относятся дети и молодые люди: лишенные родительского попечения, ведущие безнадзорный образ жизни, не имеющие постоянного места жительства; экспериментировавшие с первыми пробами различных психоактивных веществ; имеющие проблемы в развитии и поведении, обусловленные нервно-психической неустойчивостью или сопутствующими психическими отклонениями; имеющие в своем окружении злоупотребляющих ПАВ.

Гэмблинг – зависимость от азартных игр.

Девиантное поведение (от лат. *deviatio* – отклонение) – поведение, противоречащее принятым в обществе нравственным нормам. Отклоняющееся (девиантное) поведение – устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм,

причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией.

Дезадаптация – психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социопсихологического или психофизиологического статуса человека новой социальной ситуации.

Делинквентное поведение – крайняя форма девиантного поведения, когда человек переступает закон, совершая мелкие правонарушения и даже уголовно наказуемые деяния.

Деловая игра – метод имитации ситуаций, моделирующих профессиональную или иную деятельность путём игры по заданным правилам.

Деперсонализация – психопатологический феномен, сопровождающийся ощущением изменения некоторых или всех психических процессов – чувств, мыслей, представлений, воспоминаний, отношения к окружающему и т.д.

Депрессия – патологическое психическое состояние, характеризующееся пониженным настроением, снижением умственной и двигательной активности. Может сопровождаться пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающем мире, суицидными мыслями.

Диагноз педагогический – определение характера и объёма способностей учащихся, затруднений, испытываемых ими в учёбе, отклонений в поведении.

Дискриминация – (различие) умаление кого-либо в правах, принижение роли, значения кого-либо.

Жизненные навыки – способности адаптивного и положительного поведения, которые позволяют человеку адекватно взаимодействовать с повседневной жизнью.

Зависимость психическая – необходимость повторного приема ПАВ для обретения состояния психического комфорта. Характеризуется навязчивым (обсессивным) типом влечения.

Зависимость физическая – необходимость повторного приема ПАВ для обретения состояния физического комфорта. В отсутствие приема ПАВ развивается абстинентное состояние. Характеризуется насильственным (компульсивным) типом влечения.

Защита психологическая – регулятивная система психической стабилизации личности, направленная на устранение (уменьшение) негативного эффекта, вызванного каким-либо психотравмирующим воздействием.

Здоровый образ жизни – способ жизнедеятельности, направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья, и полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.

Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков.

Злоупотребление ПАВ – употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия

Игровая терапия – психотерапевтический метод, основанный на использовании ролевой игры. Включает в себя выполнение группой специальных упражнений, предполагающих вербальные и невербальные коммуникации, разыгрывание различных ситуаций. Происходит создание личностных отношений между участниками группы, за счет чего снимается напряженность и страх перед другими людьми, повышается самооценка.

Иммунитет – защитная реакция организма, способность живых организмов противостоять действию повреждающих агентов, сохраняя свою целостность и биологическую индивидуальность.

Иммуноглобулины – продукты иммунного ответа, направленные на взаимодействие с антигеном.

Иммунодефицит – снижение способности организма противостоять чужеродным агентам.

Иммунокомпетентные клетки – клетки иммунной системы, способные развивать иммунную реакцию на антиген.

Комплекс антиген-антитело – комплекс, образующийся в результате взаимодействия антитела с антигеном, обладает способностью фиксироваться на иммунокомпетентных клетках.

Комплемент – система сывороточных белков, активируемых непосредственно или комплексом антиген-антитело, является одним из факторов резистентности организма.

Копинг-стратегии – индивидуальные психологические стратегии преодоления стресса.

Лимфатические узлы – второй после кожи и слизистых оболочек барьер на пути инфекции.

Лимфоцит – клетка крови, из которой она рециркулирует в ткани в поисках чужеродных агентов.

Личность – саморегулируемая динамическая функциональная система непрерывно взаимодействующих между собой свойств, отношений и действий, складывающихся в процессе онтогенеза человека.

Макрофаг – большая тканевая клетка, удаляющая из организма поврежденные клетки, ткани, бактерии.

Маргинальность – принадлежность к крайней границе нормы, а также к пограничной субкультуре.

Маркер – характерный признак биомолекул, на основе маркеров построена идентификация клеток.

Наркомания – повторное использование психоактивного вещества или веществ в таких количествах, что потребитель (называемый наркоманом) периодически или постоянно находится в состоянии интоксикации, имеет навязчивое стремление принять предпочитаемое вещество (или вещества), с большим трудом добровольно прекращает употребление психоактивных

веществ или изменяет его характер, а также проявляет решимость добыть психоактивные вещества почти любыми средствами.

Наркотики – психоактивных вещества, включенные в перечень наркотических средств и психотропных веществ.

Образовательные программы – документы, определяющие содержание образования определённого уровня и направленности, включающие общеобразовательные и профессиональные программы.

Оппортунистические инфекции – инфекции, которые при здоровой иммунной системе не приносят вреда организму, но на фоне ослабленного иммунитета вызывают на ют серьезные болезни герпетическая инфекция, различные грибки и др.). В переводе с латинского языка «оппортунистские» означает не – использующие случай.

Ответ гуморальный – иммунная реакция на антиген, в результате которой в крови, лимфе, межтканевой жидкости появляются антитела.

Ответ иммунный – комплекс реакций иммунной системы, направленных на распознавание, разрушение, удаление антигенов из организма.

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предупреждение приобщения к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость.

Первичные факторы защиты – факторы, рассматриваемые в период их воздействия до возникновения проблемы. Исследование первичных факторов защиты от ВИЧ-инфицирования позволяет изучить условия, препятствующие распространению ВИЧ-инфекции.

Полинаркомания – наркомания с одновременным или попеременным употреблением двух или более ПАВ.

Потребители наркотиков – лица, приобретающие или хранящие наркотические средства с целью личного потребления.

Превенция – воздействие с целью предупреждения, профилактики нежелательного явления.

Профилактика распространения ВИЧ/СПИД в образовательной среде – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих ВИЧ-инфицированию, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий ВИЧ-инфицирования

Психоактивные вещества (ПАВ) – химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся: наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

Психоактивные вещества (ПАВ) – химические и фармакологические средства, воздействующие на психические процессы и способные вызвать зависимость у потребителя. **Психологическая коррекция** – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологического развития или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия.

Психологический диагноз – конечный результат деятельности психолога, направленной на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачами психодиагностического обследования.

Психологическое здоровье – динамическая совокупность психических свойств человека, обеспечивающая гармонию между потребностями индивида и общества и являющееся предпосылкой ориентации индивида на выполнение своей жизненной задачи, на самоактуализацию.

Психологическое консультирование – непосредственная работа с людьми, направленная на решение различного рода психологических проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях, где

основным средством воздействия является определенным образом организованная беседа; суть психологического консультирования состоит в том, что психолог, пользуясь специальными профессиональными научными знаниями, создает условия для другого человека, в которых он переживает свои новые возможности в решении его психологических задач. Психологическое консультирование как вид психологической помощи адресовано психически нормальным людям для достижения ими целей личностного развития.

Психотерапевтические группы – группы, дающие возможность людям с ВИЧ и их близким получить новое представление о себе и об окружающих, развить навыки общения. Кроме того, они способствуют личностному росту каждого участника в целом. Основная особенность такой группы – наличие определенной цели, к которой ведет профессиональный психотерапевт.

Реабилитационный потенциал – прогностическая оценка потенциальных возможностей наркологического больного к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, социальном статусе, особенностях био-психо-духовного развития, а также тяжести наркологического заболевания. В практическом отношении – это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива.

Реабилитация – в области употребления веществ – процесс, с помощью которого индивид с расстройством, вследствие употребления вещества обретает оптимальное состояние здоровья, психологическое и социальное благополучие. Реабилитация обычно следует за первоначальной фазой лечения. Она охватывает разнообразные подходы, включая групповую терапию, специальные формы поведенческой терапии для предотвращения рецидива, вовлечение в группу взаимопомощи, проживание в терапевтической общине или доме на полпути, обучение профессии и

трудовую деятельность. Ожидается социальная реинтеграция в более широкое сообщество.

Рецидив – возврат заболевания (в том числе наркомании и токсикомании) или девиантного поведения после периода ремиссии, воздержания, отказа от проблемного поведения.

Роль социальная – социальная функция личности; соответствующий принятым социальным нормам способ поведения людей в зависимости от их статуса и положения в обществе, в системе межличностных отношений.

Симптом – какой либо отдельный признак (проявление) заболевания. Например, симптом повышения температуры, симптом головной боли и т.д.

Синдром – сочетание признаков (симптомов) болезненного состояния, которые характерны для определенного заболевания или стадии заболевания. Например, синдром ангины состоит из симптомов: повышение температуры, покраснение горла, боли при глотании и т. д.

Синдром зависимости – комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который может развиваться после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять психоактивное вещество; нарушение контроля над его употреблением; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления психоактивного вещества в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; повышенную толерантность; состояние отмены, если потребление наркотического вещества прекратилось.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ, характеризующийся присоединением инфекций и развитием полиорганной недостаточности

Сказкотерапия – метод психолого—педагогического воздействия, в основе которого лежит использование историй, метафор, сказок.

Созависимый – человек, который позволил поведению другого человека сильно воздействовать на него и пытается контролировать поведение зависимого от ПАВ. Созависимые – это люди, потерявшие контроль над своей жизнью в результате проживания с зависимым от психоактивных веществ.

Сопровождение – система поддержки лиц, попавших в сложную ситуацию, осуществляемая на основе взаимодействия специалистов разного профиля: психологов, педагогов, медицинских и социальных работников, с целью сохранения и укрепления социального, психологического и физического здоровья сопровождаемых

Социализация – процесс усвоения и активного воспроизведения индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений в его собственном опыте.

Социально значимые заболевания – болезни, внесенные Правительством Российской Федерации в список социальнозначимых болезней 06.12.2004 года. Под это определение попадают туберкулез, гепатит В и С, сахарный диабет, СПИД, заболевания, передаваемые половым путем и др.

Социально-психологический тренинг (СПТ) – область практической психологии, ориентированная на использование активных методов групповой психологической работы с целью развития социальных навыков, в первую очередь, компетентности в общении.

Терапевтическая община – структурированная среда, в которой лица с расстройствами, возникшими вследствие употребления психоактивных веществ проживают с целью достижения реабилитации. Терапевтические общины характеризуются намеренным объединением равных по положению людей: пациентов и персонала, чтобы способствовать выздоровлению больных.

Тест на антитела к ВИЧ – анализ крови, определяющий не наличие вируса, а присутствие в крови антител, которые вырабатываются при заражении ВИЧ.

Токсикомания – заболевание, возникающее в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенными в официальный список наркотических средств.

Толерантность – снижение реакции на воздействие дозы психоактивного вещества, появляющееся при его длительном употреблении. Требуется увеличение дозы алкоголя или других психоактивных веществ для достижения эффекта, первоначально возникавшего после меньших доз.

Тренинг – форма интерактивного обучения, целью которого является развитие межличностного и профессионального поведения в обществе.

Третичная профилактика злоупотребления (ПАВ) – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, т.е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, токсикомания и алкоголизм) и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Фрустрация – психическое состояние, возникающее в случае неудовлетворения актуальной потребности и сопровождающееся отрицательными эмоциональными переживаниями: разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием и др.

Приложение 1

1. О Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде

молодёжи	Руководителям органов управления образованием, органов по делам
образованию	субъектов Российской Федерации, руководителям образовательных учреждений, подведомственных Федеральному агентству по
субъектах	Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, руководителям территориальных управлений Роспотребнадзора в
	Российской Федерации

В целях повышения эффективности деятельности по профилактике ВИЧ/СПИД среди детей и молодёжи Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Министерство образования и науки Российской Федерации направляют для использования в работе Концепцию превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде (далее - Концепция).

Органам управления здравоохранением, органам управления образованием, органам по делам молодёжи, территориальным управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации предлагается довести Концепцию до сведения подведомственных органов и учреждений и обеспечить взаимодействие органов и учреждений, отвечающих за реализацию различных аспектов превентивного обучения в образовательной среде в рамках своей компетенции.

Приложение на 10 л. в 1 экз.

Заместитель Министра образования и науки Российской Федерации



Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей
и благополучия человека

АС-1240/06
от 6 июля 2005 г.



Е. И. Минаренко

Приложение 2.

Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде

Содержание:

1. Введение

.....

1

2. Обоснование целесообразности разработки и реализации Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде

1

3. Нормативное правовое обеспечение разработки и реализации Концепции

3

4. Цель и задачи Концепции

4

5. Основные положения Концепции

4

6. Базовые принципы организации превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде

.....

6

7. Основные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде

.....

8

8. Механизмы реализации Концепции

.....

8

9. Глоссарий

.....

9

1. Введение

Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде предназначена для реализации на территории Российской Федерации Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России и другими заинтересованными министерствами и ведомствами и находящимися в их ведении учреждениями и организациями, международными и общественными организациями, занимающимися превентивным обучением в области профилактики ВИЧ/СПИД.

Концепция содержит основные положения, касающиеся организации и проведения превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД в образовательной среде. Своевременное и полномасштабное внедрение указанных положений позволит сдержать темпы роста эпидемии на территории Российской Федерации за счет повышения информированности детей и молодежи о путях передачи ВИЧ/СПИД и мерах предупреждения заражения и воздействия на их поведение.

2. Обоснование целесообразности разработки и реализации Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде

Эпидемия ВИЧ/СПИД является угрозой стабильности развития современного общества большинства стран мира, включая Российскую Федерацию. Развитие эпидемии приводит к усугублению социальных проблем, в дальнейшем она может представлять собой угрозу экономической стабильности России.

В настоящее время эпидемия ВИЧ/СПИД в Российской Федерации представляет собой социо-медико-биологическое явление, отличающееся динамичностью, нарастающим негативным эффектом, и сочетает в себе признаки чрезвычайной ситуации и долговременной проблемы. Она требует как принятия мер немедленного реагирования, так и разработки системы длительной защиты и противодействия.

Динамика изменения общего числа ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации показывает, что, начиная с 1999 г., распространение ВИЧ/СПИД приобрело угрожающий характер. Численность ВИЧ-инфицированных, выявленных только в течение 1999-2001 гг., составила абсолютное итоговое большинство за весь предшествующий период статистического наблюдения. С 2001 г. наметилась тенденция к снижению числа вновь выявляемых ВИЧ-инфицированных, но показатель распространенности неуклонно продолжает нарастать. Общая численность ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации, выявленных к сентябрю 2005 г., составляет более 330 тысяч человек, более 14 тысяч из них - дети в возрасте до 14 лет.

Эпидемия ВИЧ/СПИД в России, повторяя в своем развитии общемировые тенденции, в то же время имеет ряд особенностей, касающихся процессов феминизации и омоложения ВИЧ-инфицированных, как в общей популяции, так и в группах, имеющих факторы риска инфицирования.

Изучение факторов, способствующих заражению ВИЧ-инфекцией, позволило констатировать, что, в основном, заражение обусловлено «рискованным» поведением (злоупотребление наркотическими средствами, рискованное сексуальное поведение и др.), способствующим реализации ведущих путей передачи вируса от человека человеку - через кровь и половые контакты. Многолетний опыт изучения особенностей распространения эпидемии показывает, что молодежь особенно уязвима к ВИЧ в силу рискованного сексуального поведения, употребления психоактивных веществ, из-за отсутствия доступа к информации о ВИЧ-инфекции и службам профилактики, а также по целому ряду других социальных и экономических причин.

До последнего времени в Российской Федерации доминировал шприцевой (парентеральный) путь заражения ВИЧ-инфекцией при введении наркотиков, но сейчас он сравнялся по своей значимости с заражением половым путем. Это свидетельство того, что эпидемия выходит за пределы

групп, имеющие факторы риска ВИЧ-инфицирования, распространяясь на самые широкие слои населения.

По оценкам экспертов ВОЗ, снизить темпы развития эпидемии возможно, в первую очередь, за счет просвещения людей с целью изменения их поведения. Принимая во внимание международный опыт борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и опыт, накопленный в России, можно предполагать, что превентивное обучение в области ВИЧ/СПИД позволит не только уменьшить угрозу заражения, но и создать у подрастающего поколения установки на формирование навыков здорового образа жизни и ответственного поведения.

3. Нормативное правовое обеспечение разработки и реализации Концепции

Правовую основу Концепции составляют Конституция Российской Федерации, федеральные законы и другие нормативные правовые акты, а также общепринятые принципы и нормы международного права, в том числе:

Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 г. Ратифицирована Российской Федерацией 5 мая 1998 г.;

Декларация прав ребенка. Провозглашена резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1959 г.;

Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН № 44/25 от 20 ноября 1989 г. Ратифицирована Постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 г. № 1559-1;

Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ;

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

Закон Российской Федерации от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;

Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании»;

Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;

Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № N 82-ФЗ «Об общественных объединениях»;

постановление Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2001 г. N 790 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002 - 2006 годы)»;

приказ Минздравмедпрома России от 16 августа 1994 г. N 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»;

приказ Минздрава СССР от 5 сентября 1988 г. N 690 «О совершенствовании учета лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИД»;

приказ Минздрава России от 7 августа 2000 г. N 312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД»;

приказ Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. N 776 «Об организации поиска больных СПИД и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД»;

постановление главного санитарного врача Российской Федерации от 14 января 2004 г. № 2 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

4. Цель и задачи Концепции

Цель данной Концепции - выработать согласованную позицию Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России и других заинтересованных министерств и ведомств по развитию системы превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД, направленного на снижение темпов распространения эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации среди детей и молодежи.

Задачами Концепции являются:

Формирование приоритетных направлений превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД в образовательной среде; единой концептуально-методологической базы превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД; базисных принципов обучающих профилактических программ.

Выработка единой стратегии организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД в рамках межведомственного взаимодействия Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России, других заинтересованных министерств и ведомств и сотрудничества с международными организациями и общественными объединениями.

Создание платформы для организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД органами государственной власти, органами местного самоуправления, международными организациями, общественными объединениями.

Оптимизация использования финансовых и кадровых ресурсов в области превентивного обучения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД за счет объединения усилий всех заинтересованных структур, включая негосударственные и международные организации.

Создание системы мониторинга профилактики ВИЧ/СПИД в Российской Федерации и в её субъектах.

5. Основные положения Концепции

Предупреждение распространения ВИЧ/СПИД на территории Российской Федерации - это общенациональная политическая задача, она не может и не должна осуществляться как ведомственный проект. Субъектами

профилактической деятельности являются федеральные и региональные органы государственной власти, органы местного самоуправления, педагогическое, научное, культурное, бизнес - сообщество, другие общественные институты, молодежные объединения, все граждане России, в том числе семья и родительская общественность.

Концепция основывается на оценке современной эпидемиологической ситуации, последних научных и методологических достижениях в области вирусологии и профилактики социально обусловленных заболеваний и состояний. В случае появления новых данных, дополняющих или противоречащих ныне признанным, возможно внесение изменений и дополнений в Концепцию.

Превентивное обучение в области ВИЧ/СПИД является планируемым и прогнозируемым только тогда, когда оно формируется в терминах и понятиях своеобразного «государственного стандарта», определяющего участников профилактического процесса, особенности организации их деятельности, выделение «целевых групп», с которыми они работают, прогноз ожидаемого результата. В противном случае оно остается стихийным, малоуправляемым процессом, связанным с разрозненными инициативами авторов отдельных программ, образовательных и других учреждений.

Профилактические программы, как просветительские, так и тренинговые, являются мощным инструментом воздействия на поведение детей и молодежи. Их спонтанная реализация может быть связана с риском повышения интереса к экстремальным формам поведения, активацией механизмов резистентного поведения, закрепления недостоверной информации и другими негативными последствиями. В связи с изложенным, все программы, реализуемые в системе образования, должны быть утверждены структурами, уполномоченными проводить экспертизу образовательных программ на уровне муниципального образования, региона, федерации.

Для осуществления эффективной реализации данных программ необходима целенаправленная подготовка высокопрофессиональных специалистов с высшим педагогическим, медицинским или психологическим образованием, которые способны заниматься превентивным обучением. Все специалисты, занятые в этой области, должны иметь документы, подтверждающие их право на ведение профилактической деятельности в образовательной среде.

Профилактические программы, разрабатываемые для системы образования, должны базироваться на научных достижениях в области психологии, образования и культуры. Они должны учитывать специфические особенности регионов и тех целевых групп, для которых они предназначаются, включая этнические, социально-экономические, возрастные и тендерные особенности.

Для детей и молодежи, воспитывающихся в асоциальных семьях, находящихся в детских домах, приютах и местах ограничения свободы, склонных к асоциальному поведению, необходима разработка специальных профилактических программ, учитывающих особенности их жизненного опыта, специфику социальной среды, эмоционально-личностные особенности и уровень развития коммуникативной и интеллектуальной сферы.

Для сохранения преемственности различных направлений формирования ответственного поведения и здорового образа жизни целесообразно использовать уже реализованные модели и программы профилактики наркоманий и других социально обусловленных заболеваний с усилением компонента профилактики ВИЧ/СПИД.

Ключевые элементы превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД в образовательной среде включают: просвещение и информирование населения в области ВИЧ/СПИД, инфекций, передающихся половым путем (ИППП), репродуктивного здоровья; развитие личностных ресурсов, формирование социальной и персональной компетентности, развитие

адаптивной стратегии поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации.

Концепция превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД в образовательной среде является развивающейся системой, которая в дальнейшем может стать частью общенациональной стратегии формирования ответственного поведения всех членов общества.

Настоящая Концепция служит основой для разработки соответствующих целевых программ превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД среди несовершеннолетних и молодежи на федеральном, региональном и местном уровнях в зависимости от эпидемиологической ситуации.

б. Базовые принципы организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Принцип системности предполагает разработку и проведение программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной и эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции в стране.

Принцип стратегической целостности определяет единую целостную стратегию профилактической деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия и акции.

Принцип многоаспектности предполагает сочетание различных аспектов профилактической деятельности:

образовательный аспект, формирующий базовую систему представлений и знаний о социально-психологических, медицинских, правовых и морально-этических последствиях ВИЧ-инфицирования;

социальный аспект, ориентированный на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни;

психологический аспект, направленный на формирование стрессоустойчивых личностных ресурсов, позитивно-когнитивных оценок, а также

установок "быть успешным", быть способным сделать позитивный альтернативный выбор в трудной жизненной ситуации.

Принцип аксиологичности (ценностной ориентации). Этот принцип включает формирование у детей и молодежи мировоззрения, основанного на понятиях об общечеловеческих ценностях, привлекательности здорового образа жизни, законопослушности, уважении к личности, государству, окружающей среде, которые являются ориентирами и регуляторами их поведения. Принятие общечеловеческих ценностей и норм поведения является одним из основных морально-этических барьеров инфицирования ВИЧ и как следствие - сдерживания эпидемии ВИЧ-инфекции.

Принцип ситуационной адекватности означает соответствие профилактических действий реальной социально-экономической ситуации в стране и в образовательной среде, обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и усовершенствования профилактической деятельности с учетом оценки эффективности и мониторинга ситуации.

Принцип индивидуальной адекватности подразумевает разработку профилактических программ с учетом возрастных, тендерных, культурных, национальных, религиозных и других особенностей целевых групп.

Принцип легитимности — профилактическая деятельность должна соответствовать законодательству Российской Федерации и нормам международного права.

Принцип соблюдения прав человека — профилактические действия не должны нарушать права и свободы человека.

Принцип комплексности — предполагает согласованность взаимодействия:

на профессиональном уровне - специалистов различных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты профилактической работы (воспитатели, педагоги, дошкольные и школьные психологи, врачи, социальные педагоги, социальные работники, работники

комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних и др.);

на ведомственном уровне - органов и учреждений соответствующей ведомственной принадлежности, осуществляющих деятельность по профилактике ВИЧ/СПИД в образовательной среде (на федеральном, региональном и муниципальном уровнях);

на межведомственном уровне - органов и учреждений, отвечающих за реализацию различных аспектов профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде в рамках своей компетенции (органы и учреждения образования, здравоохранения и др.);

на уровне государственных, общественных и международных организаций.

7. Основные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде

Эксперты ВОЗ и отечественные ученые выделяют сегодня наиболее перспективные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД:

просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИД;

обучение ответственному поведению детей и молодежи;

формирование условий, поддерживающих профилактическую деятельность.

7.1 Просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИД

Глобальная задача этого направления - обеспечить предоставление всесторонней и точной информации о путях заражения ВИЧ и мерах их предупреждения; обстоятельствах, повышающих риск заражения.

К информированию детей и молодежи в области ВИЧ/СПИД необходимо широко привлекать центральные и местные СМИ, включая телевидение. Для обеспечения достоверности и безопасности информации к подготовке журналистов, освещающих темы ВИЧ/СПИД, необходимо привлечение специалистов (в области образования, здравоохранения,

психологии и т.д.), работников государственных органов и учреждений, научных организаций.

7.2 Обучение ответственному поведению несовершеннолетних и молодежи.

Реализация этого направления профилактической работы возможна только в рамках превентивного обучения с формированием мотивации на здоровый образ жизни, изменение проблемного и рискованного поведения, повышение социальной, межличностной компетентности на основе профилактических образовательных программ.

Задача подобных программ: формирование личностных ресурсов, эффективных стратегий поведения, способствующих формированию ответственности за свою собственную жизнь, осознанный выбор здорового образа жизни, приобретение уверенности для противостояния негативному влиянию среды, минимизация проявлений рискованного поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации личности, отсрочка начала половой жизни.

7.3 Формирование условий, поддерживающих деятельность по превентивному обучению.

В рамках данного направления осуществляется семейное консультирование, направленное на улучшение семейных взаимоотношений; обучение родителей основам полового воспитания детей; вовлечение в работу людей, которые способны оказывать положительное влияние на детей и молодежь; привлечение молодежи на лидирующие роли в противодействии эпидемии; расширение возможностей доступа детей и молодежи к консультативной помощи, программной профилактической поддержке, медицинскому обслуживанию. На участие несовершеннолетних в программах превентивного обучения, затрагивающих вопросы полового просвещения, за исключением основных общеобразовательных программ, соответствующих требованиям государственного образовательного

стандарта общего образования, целесообразно получать согласие родителей (иных законных представителей) несовершеннолетних.

8. Механизмы реализации Концепции

Федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации должны учитывать положения Концепции при разработке мер государственной поддержки превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД, а также при реализации федеральных и региональных программ охраны и укрепления здоровья детей, подростков и молодежи.

Реализация Концепции предполагает:

разработку специализированных образовательных программ по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и их методического обеспечения с участием ведущих образовательных и научно-исследовательских учреждений Российской Федерации;

внедрение этих программ в практику образовательных учреждений и/или интеграцию вопросов превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД в программы общего и дополнительного образования; в систему воспитательной и социальной работы;

обеспечение системы подготовки педагогических кадров по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД в учреждениях высшего профессионального образования и последиplomного образования;

создание механизмов экспертизы программ превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД в образовательной среде на основе объективных критериев их безопасности, эффективности и действенности;

создание системы мониторинга профилактики ВИЧ/СПИД в Российской Федерации и в её субъектах, основанного на современных научных методах. Вопросы проведения мониторинга должны быть упорядочены нормативными актами и реализовываться по поручению и под контролем исполнительных органов власти наиболее компетентными специалистами. Результаты мониторинга должны использоваться при

анализе эффективности профилактических мероприятий и программ и дальнейшем планировании профилактической работы;

создание поддерживающего окружения путем реализации программ родительского всеобуча в области репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИД, программ по принципу «равный равному», вовлечения общественных организаций, СМИ в превентивное обучение в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде; усиление взаимодействия органов и учреждений системы Минобрнауки России с органами и учреждениями системы Минздравсоцразвития России (региональные центры по профилактике и борьбе со СПИД, органы социальной защиты населения и др.), Росспорта, МВД России, других ведомств, международными и общественными организациями, а также органами, координирующими деятельность по профилактике ВИЧ/СПИД.

9. Глоссарий

В рамках настоящей Концепции употребляются следующие основные термины:

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — вирус, вызывающий поражение клеток иммунной системы.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) — комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ, характеризующийся присоединением инфекций и развитием полиорганной недостаточности.

Психоактивные вещества (ПАВ) — химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся: наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

Наркотики — ПАВ, включенные в официальный перечень наркотических средств и психотропных веществ.

Злоупотребление ПАВ — употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

Профилактика распространения ВИЧ/СПИД в образовательной среде — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих ВИЧ-инфицированию, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий ВИЧ-инфицирования.

Гендер - культурно-специфический набор признаков, определяющих социальное поведение женщин и мужчин и взаимоотношения между ними.