

**ПРОФИЛАКТИКА  
ВИЧ/СПИДа  
У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ  
СРЕДЕ**

Учебное пособие  
для преподавателей педагогических вузов

**ООО «Фирма «ВАРИАНТ»  
Москва  
2006**

УДК 616.9

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

**Авторы:**

*Шипицына Л. М., д. б. н., проф., заслуж. деят. науки РФ;  
Гуревич К. Г., д. м. н., проф.; Шпиленя Л. С., д. м. н., проф.;  
Посохова С. Т., д. пс. н., проф.;  
Исаев Д. Н. — д. м. н., проф., заслуж. деят. науки РФ;  
Гусева Н. А., к. пс. н.; Башкина Ю. Д., ст. преп., психолог;  
Солнцева Н. Е., ст. преп., психолог*

**Рецензенты:**

*Иванов Е. С., д. м. н., проф.; Вартанян И. А., д. б. н., проф.*

Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде: Учебное пособие для преподавателей педагогических вузов / Под ред. Л. М. Шипицыной. — М., 2006. — 256 с.: ил.

ISBN 5-901842-33-2

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

**УДК 616.9**

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

**ISBN 5-901842-33-2**

© Бюро ЮНЕСКО в г. Москве, 2006  
© Шипицына Л. М., науч. ред., 2006  
© Коллектив авторов, 2006

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> .....	<b>5</b>
<b>Глава 1. История возникновения и распространения ВИЧ/СПИДа</b> .....	<b>10</b>
<b>Глава 2. Эпидемиология и патогенез ВИЧ-инфекции</b> .....	<b>17</b>
2.1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции.....	17
2.2. Патогенез ВИЧ-инфекции.....	24
2.3. Основные пути передачи ВИЧ-инфекции.....	27
2.4. Группы риска заражения ВИЧ-инфекцией.....	32
<b>Глава 3. Клиника, диагностика и лечение ВИЧ/СПИДа</b> .....	<b>37</b>
3.1. Общие сведения об иммунитете человека.....	37
3.2. Структура ВИЧ и его воздействие на иммунную систему человека..	41
3.3. Развитие ВИЧ-инфекции и СПИДа.....	49
3.4. Диагностика ВИЧ-инфекции.....	53
3.5. Лечение ВИЧ-инфекции.....	55
<b>Глава 4. Подростковый возраст как фактор риска ВИЧ-инфицирования</b> ..	<b>60</b>
4.1. Акцентуации характера как фактор риска нарушений поведения....	61
4.2. Особенности поведенческих реакций подростков на воздействия среды.....	66
4.3. Особенности преодоления трудностей социальной адаптации (копинг-поведение).....	70
<b>Глава 5. Наркомания как фактор риска и причина распространения ВИЧ-инфекции у подростков</b> .....	<b>76</b>
5.1. Факторы риска наркотизации.....	76
5.2. Факторы защиты от злоупотребления ПАВ.....	90
<b>Глава 6. Рискованное половое поведение как один из путей ВИЧ-инфицирования подростков</b> .....	<b>100</b>
6.1. Психосексуальное развитие детей и подростков и его отклонения.....	100
6.2. Формирование сексуальной ориентации у подростков и ее отклонения.....	123
6.3. Половое воспитание детей и подростков как компонент профилактики ВИЧ/СПИДа.....	131
<b>Глава 7. Передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку</b> .....	<b>149</b>
<b>Глава 8. Концептуальные основы и модели профилактики ВИЧ/СПИДа в обществе</b> .....	<b>156</b>
8.1. Основные направления и стратегия профилактической работы....	156
8.2. Уровни профилактики ВИЧ-инфекции.....	159
8.3. Теоретические основы профилактики.....	164
8.4. Профилактика ВИЧ-инфекции и других социально значимых инфекций как компонент антинаркотических программ.....	169

<b>Глава 9. Основы профилактики ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних в образовательной среде</b> .....	<b>177</b>
9.1. Система профилактики ВИЧ/СПИДа в России .....	177
9.2. Основные направления профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде .....	179
9.3. Программы профилактики ВИЧ/СПИДа .....	182
9.4. Субъекты и объекты профилактики ВИЧ/СПИДа .....	187
<b>Глава 10. Организация профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде</b> .....	<b>190</b>
10.1. Значение образовательной среды для профилактической работы в области ВИЧ/СПИДа .....	190
10.2. Профилактическая работа с группой здоровых несовершеннолетних .....	193
10.3. Профилактическая работа с несовершеннолетними группы риска ВИЧ-инфицирования .....	198
10.4. Профилактическая работа с семьями здоровых и проблемных учащихся .....	200
10.5. Профилактическая работа с ВИЧ-инфицированными несовершеннолетними и их семьями .....	202
10.6. Этапы принятия диагноза «ВИЧ-инфекция» и оказание психологической помощи ВИЧ-инфицированным .....	204
10.7. Психологические проблемы семей с ВИЧ-инфицированным ребенком .....	206
10.8. Профилактическая работа с лицами, контактирующими с ВИЧ-инфицированными .....	209
10.9. Сопровождение ВИЧ-инфицированных и их семей .....	210
<b>Глава 11. Нормативно-правовая база социальной защиты детей с ВИЧ-инфекцией и членов их семей</b> .....	<b>216</b>
11.1. Развитие толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным в обществе .....	216
11.2. Права и обязанности ВИЧ-инфицированных .....	218
11.3. Правовые основы организации сопровождения ВИЧ-инфицированных .....	221
<b>Библиография</b> .....	<b>223</b>
<b>Глоссарий</b> .....	<b>226</b>
<b>Приложение</b> .....	<b>238</b>

## ВВЕДЕНИЕ

ВИЧ-инфекция — заболевание, возникающее в результате заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Были доказаны инфекционная природа этого заболевания и основные пути ее передачи: «горизонтальные» (через кровь, через слизистые при сексуальных контактах) и «вертикальные» (от матери к плоду). С середины 1981 г. это заболевание приняло характер глобальной эпидемии (пандемии), а в 1982 г. оно получило название «Синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД) — сочетание опасных для организма человека инфекций, развитие которых вызывается вирусом иммунодефицита человека.

Ведущим в мире является половой (сексуальный) путь передачи этого вируса. В России до 1996 г. среди ВИЧ-инфицированных преобладали приезжающие на учебу иностранцы; главную роль в распространении ВИЧ-инфекции играли гомосексуальные контакты. С 1996 г. в связи с начавшейся эпидемией наркомании ситуация стала меняться. Ведущим стало заражение ВИЧ/СПИДом через кровь (гемоконтактный путь), что обусловлено внутривенным введением наркотиков.

До последнего времени традиционными группами заражения ВИЧ/СПИДом являлись инъекционные наркоманы, гомо- и бисексуалы, работники коммерческого секса, лица, подвергающиеся частым медицинским манипуляциям, связанным с переливанием крови. ВИЧ-инфекция зарегистрирована практически во всех регионах Российской Федерации. В нашей стране темпы роста числа ВИЧ-инфицированных — одни из самых высоких в мире и продолжают расти, поэтому, если ситуация не изменится, к 2010 г. Россия будет занимать одно из лидирующих мест в мире по распространению ВИЧ/СПИДа.

В нашей стране проблемами, связанными с нарастающим распространением ВИЧ/СПИДа и разработкой мер противодействия, до последнего времени традиционно занимались органы здравоохранения. В то же время отсутствие вакцинации от ВИЧ/СПИДа и эффективных методов его лечения обуславливает приоритетную роль именно профилактики, и прежде всего — первичной профилактики, нацеленной на задержку темпов роста и снижение уровня распространения ВИЧ/СПИДа. С этих позиций важнейшее значение принадлежит образовательно-педагогическим программам профилактики главным образом в образовательной среде. Международные эксперты считают, что образование является наилучшим из доступных средств, которые могут остановить распространение ВИЧ/СПИДа. По данным ЮНЕСКО, уровень опасности заражения ВИЧ-инфекцией среди малообразованных или неграмотных молодых людей более чем в два раза выше по сравнению с теми, кто получил хотя бы начальное образование; особенно это касается молодых женщин.

Вначале профилактическая образовательная деятельность была ориентирована прежде всего на традиционные группы риска заражения ВИЧ/ СПИДом,

т. е. работников коммерческого секса, гомосексуалистов, наркоманов, и была представлена программами «безопасного секса» и так называемыми программами «снижения вреда», в частности «заместительной терапии». Попытки прямого, неадаптированного переноса некоторых из этих программ в условия Российской Федерации натолкнулись на сложности, обусловленные законодательными и правовыми требованиями, а также национальными особенностями. В частности, программы «безопасного секса» подтвердили свою эффективность не при их обращении непосредственно к аудитории несовершеннолетних, а опосредованно, через образование родителей и предоставление им права решать затем эти вопросы в своих семьях с учетом национальных, религиозных и морально-этических норм.

Новые тенденции распространения ВИЧ/СПИДа в нашей стране заставляют пересмотреть всю стратегию профилактической образовательной деятельности. В настоящее время заражение ВИЧ/СПИДом перестало ограничиваться только традиционными маргинальными группами, а стало распространяться среди широких слоев населения, 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 столкновения с проблемами ВИЧ/СПИДа непосредственно в образовательной среде как 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 от такого рода проблем, но в современных условиях является главным направлением противодействия распространению ВИЧ/СПИДа 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 подразумевает предоставление всем людям возможности повышения уровня знаний, приобретения 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, PEP Publication, 2004).

Мировые достижения в области профилактического образования, а также анализ сферы охвата образовательной среды первичным уровнем профилактики ВИЧ/СПИДа позволили выделить и определить основные направления и целевые группы профилактической деятельности в условиях образовательных учреждений:

1. Здоровые несовершеннолетние.
2. Несовершеннолетние групп риска.
3. ВИЧ-инфицированные несовершеннолетние.
4. Лица, контактирующие с ВИЧ-инфицированными.

Наиболее многочисленная и обширная целевая группа профилактической работы — это группа практически здоровых детей и подростков. Профилактика в этой группе основывается преимущественно 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, прежде всего нравственно здоровых навыков жизни, а также подготовки 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/СПИДом. В профилактической работе 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 предупреждения 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 др., 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, их 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. Особую важность в отношении профилактической работы с этой группой представляет 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. С учетом существующего многоаспектного подхода к решению проблем профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде в нашей стране модуль подготовки специалиста педагогического вуза по этим вопросам должен включать основы и избранные аспекты различных дисциплин.

Настоящее учебное пособие состоит из одиннадцати глав, в которых рассматриваются история, основы иммунологии и эпидемиологии, клинические основы ВИЧ/СПИДа, вопросы психосексуального воспитания детей и подростков, факторы риска ВИЧ-инфицирования, концептуальные основы, а также организационные аспекты профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде.

Предлагаемое читателям пособие носит дискуссионный характер, поэтому авторы надеются на творческое отношение, замечания и пожелания читателей.

Настоящее учебное пособие содержит материалы, достаточные для подготовки специалистов с высшим педагогическим образованием, способных заниматься профилактикой ВИЧ/СПИДа.

Основной целью курса «Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде» является формирование у слушателей базовых знаний в области теории и практики предупреждения ВИЧ/СПИДа 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 слушателей с теоретическими основами знаний о ВИЧ/СПИДе, а также дать представления об эпидемиологии, способах и путях передачи этого 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 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/СПИДа и наркомании.

## *Глава 1*

# **ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ/СПИДА**

ВИЧ-инфекция — заболевание, возникающее в результате заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Это инфекционное заболевание относится к патологии иммунной системы. Появление и начало его распространения относятся к концу 70-х гг.

В 1981 г. Центр по контролю и профилактике болезней США сообщил о выявлении в Лос-Анджелесе и Нью-Йорке редких заболеваний — пяти случаев пневмоцистной пневмонии и 28 случаев саркомы Капоши у ранее вполне здоровых мужчин-гомосексуалистов. Эти заболевания протекали особенно злокачественно и, несмотря на интенсивную терапию, большинство из них умерло в течение 20 месяцев. Иммунологическими исследованиями было установлено, что у этих пациентов резко снижено содержание CD4-лимфоцитов (Т-хелперов).

В последующие годы были описаны множественные оппортунистические инфекции и опухоли, которые характерны для иммуносупрессивных лиц. Ретроспективно было показано, что подобный синдром, по характеру передачи инфекции аналогичный гепатиту В, наблюдался с конца 70-х гг. в некоторых городах США, Западной Европы и Африке не только в среде гомосексуалистов, но и у наркоманов, реципиентов крови и ее продуктов.

К концу 1981 г. 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 данная инфекция распространяется среди лиц, имеющих интимные контакты с инфицированным. В основе заболевания лежит резкое ослабление иммунитета, приводящее к развитию вирусной инфекции.

В 1982 г. 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 г. Б. Занусси в лаборатории Люка Монтанье Института Пастера в Париже из лимфатического узла больного был изолирован человеческий Т-клеточный лимфотропный вирус (LAV), и в этом же году Р. Галло и другие исследователи в Национальном институте рака (США) открыли Т-лимфотропный вирус III типа (HTLV3) из лимфоцитов периферической крови больных. Впоследствии оказалось, что эти вирусы идентич-



Д-р Люк МОНТАНЬЕ

ны. В 1986 г. Международный комитет по таксономии вирусов дал ему название «вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)».

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

Принято считать, что ВИЧ перешел на человеческую популяцию от африканских зеленых мартышек, у которых в 1985 г. был обнаружен вирус, родственник ВИЧ — STLV-III. Ареал этого вида обезьян включает почти всю Экваториальную Африку.

Вслед за этим вирусом в Западной Африке была открыта группа ретровирусов — промежуточных между STLV-III и ВИЧ форм, вызывающих иммунный дефицит. По гипотезе Галло, вирус, попав в организм человека (возможно, при укусе обезьяны) подвергся мутации, и через промежуточные формы образовался патогенный для человека вирус HIV, вызывающий СПИД. Считают, что до начала 70-х гг. вирус имел узкую локализацию, затем распространился по всей Центральной Африке, а в середине 70-х гг. — из Африки на Гаити и в США, затем в Европу и другие части света.

Уже в 1985 г. было установлено, что ВИЧ передается от человека к человеку через жидкие среды тела — кровь, сперму, 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 г. была учреждена первая Глобальная программа ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) по СПИДу. В 1988 г. 1 Декабря было объявлено Всемирным днем борьбы со СПИДом. Темпы распространения ВИЧ/СПИДа в мире нарастают с каждым годом. В 1990 г. СПИД вошел в группу главных причин смерти населения планеты.

В нашей стране первые случаи ВИЧ-инфекции были выявлены в начале 80-х гг. В. И. Покровским. В дальнейшем в литературе был описан первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина СССР в Ленинграде (В. В. Покровский и др., 1987, 1992). Первый случай смерти от СПИДа в СССР был описан в 1989 г. (А. Г. Рахманова и др., 1989).



Д-р Роберт ГАЛЛО



Академик В. ПОКРОВСКИЙ

ВИЧ-инфекцию начали регистрировать в России с 1986 г., сначала среди иностранцев, а с 1987 г. — и среди граждан СССР.

В 1989 г. разразилась трагедия: в больницах Элисты, Волгограда, Нижнего Новгорода более 200 детей были заражены ВИЧ.

Распространение ВИЧ/СПИДа нарастало. Вначале преобладали случаи заражения среди гомосексуалистов и проституток. С началом 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 гг. автор охарактеризовал внутрибольничные вспышки ВИЧ-инфекции в ряде городов России (Элиста, Волгоград, Ростов);

2) с 1990 по 1995 гг. 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 (В. В. Покровский, 1998).

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

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

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

В июне 2001 г. проблеме ВИЧ/СПИДа была посвящена специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН. В обращениях к участникам Ассамблеи Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан отметил, что, где бы ни возникала эпидемия СПИДа, ее усугубляют существующие социально-экономические пробле-

мы. В конечном итоге эффективность мер против эпидемии определяется тем, насколько убедительно будут решаться проблемы нищеты, неравенства и неадекватности инфраструктур — факторов, обуславливающих развитие этой страшной болезни. Только таким образом можно расширить возможности граждан, общин и стран, что поможет ООН в полной мере исполнять роль лидера в борьбе против ВИЧ/СПИДа.

На уровне международного сообщества начал формироваться глобальный многосекторный подход к решению этой проблемы не только в сфере медицины, но также в сфере образования и общества в целом. В 1996 г. была создана совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), коспонсорами которой выступили 10 агентств ООН, включая Мировой Банк, ВОЗ, Программу развития ООН, ЮНИСЕФ и другие.

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

В 1996 г. 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 (ВААРТ, НААРТ — Highly Active Antiretroviral Therapy).

Позже стали применять даже 4 и 5 препаратов с одновременным ежедневным приемом больными до 16—20 таблеток по часам с учетом приема пищи и характера хранения препарата. Это существенно осложняло лечение, однако более чем 2/3 больных СПИДом, находящихся на ВААРТ, выписались из больницы и смогли вернуться к трудовой деятельности.

В 1998 г. на конгрессе в Женеве было показано, что эта терапия сопровождается, к сожалению, развитием липодистрофии, серьезными нарушениями обмена жиров и углеводов, длительной персистенцией вируса в лимфоузлах, а позже были выявлены неудачи в лечении, связанные с формированием резистентных штаммов ВИЧ.

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



Д-р Дэвид Хо

Распространение ВИЧ/СПИДа стало одной из серьезнейших проблем XXI века. По данным статистического центра при ООН — ЮНЭЙДС, в 2002 г. ежедневно возникало более 14 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции. К началу 2004 г. в мире насчитывалось от 34 до 46 млн ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. По прогнозам ученых, к 2010 году произойдет еще 45 млн новых случаев инфицирования.

В настоящее время у эпидемии ВИЧ в России определились свои особенности. Во-первых, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных — молодежь. Во-вторых, половой путь распространения инфекции приобретает все большее значение. Это свидетельствует о том, что болезнь вышла за пределы маргинальных групп и стала поражать обычных людей.

В целом меньше чем за 10 лет в странах Восточной Европы и Центральной Азии число людей, инфицированных ВИЧ, возросло более чем в 10 раз и на конец 2004 г. составило от 920 тыс. до 2,1 млн человек (в среднем — 1,4 млн).

Российская Федерация лидирует по числу зарегистрированных ВИЧ-инфицированных не только среди стран СНГ, но и среди всех европейских стран. По прогнозам специалистов, в ближайшие годы количество ВИЧ-инфицированных в России может достигнуть миллиона человек и даже больше.

*Таблица 1*

### **Краткая история открытия ВИЧ**

<b>Годы</b>	<b>События</b>
1981	Сообщение Центра по контролю и профилактике болезней (CDC) США о 5 случаях пневмоцистной пневмонии и 28 случаях саркомы Капоши. Все заболевшие — гомосексуалисты
1983	Открытие вируса, вызывающего СПИД
1985	Выявление основных путей передачи ВИЧ. Регистрация первого случая ВИЧ/СПИДа в СССР у иностранного гражданина. Появление первых препаратов для лечения СПИДа
1987	Регистрация первого случая ВИЧ-инфекции у гражданина СССР
1988	1 Декабря объявлено ООН Всемирным днем борьбы со СПИДом

1995	Принятие Федерального закона от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»
1996	Начало применения препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии, позволяющих продлить жизнь большинству больных ВИЧ/СПИДом. Создание объединенной программы ООН по СПИДу (UNAIDS)
2001	Генеральная Ассамблея ООН принимает резолюцию S-26/2 «Глобальный кризис — глобальные действия»
2003	Планерное заседание 58-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН по проблематике ВИЧ/СПИДа

В настоящее время СПИД занимает третье место в мире в группе заболеваний со смертельным исходом после заболеваний сердечно-сосудистой системы и рака. А у детей ВИЧ/СПИД является основной причиной смерти в большинстве развивающихся стран.

По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), за те 20 лет, что продолжается эпидемия, от СПИДа умерло 30 млн человек, более 40 млн на данный момент инфицированы ВИЧ. В России на май 2004 г. официально зарегистрировано свыше 280 тыс. ВИЧ-инфицированных, а через три года, согласно мнению Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, у нас ожидается резкий всплеск смертности: к 2008 г. умрут около 400 тыс. ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

### **Контрольные вопросы и задания**

1. Кто и когда ввел понятия ВИЧ и СПИД?
2. Дополните таблицу 1 основными событиями истории развития учения о ВИЧ/СПИДе.
3. Составьте таблицу основных исторических событий возникновения и распространения ВИЧ/СПИДа в СССР — России.
4. Напишите краткое эссе об основных научных открытиях ученых Л. Монтанье, Р. Галло, В. В. Покровского (по выбору).

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ****2.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Пандемия ВИЧ-инфекции продолжается уже более 20 лет, охватывая все страны и континенты. Рассмотрим основные тенденции распространения этого заболевания.

Согласно экспертным оценкам ВОЗ, в 2000 г. число новых случаев ВИЧ-инфекции в мире составило 53,1 млн, 600 тыс. из них были дети. В последующее десятилетие при отсутствии эффективного антиретровирусного лечения и ухода эти люди пополнят ряды тех, кто уже умер от СПИДа, — и не менее чем 4,3 млн из них будут дети, которые не доживут до своего пятинадцатилетия. С момента первого клинического случая СПИДа умерли уже около 30 млн человек. Общее число ВИЧ-инфицированных в мире на конец 2004 г. приведено в таблице 2.

Таблица 2

**Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2004<sup>1</sup>**

<b>Число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом</b>	Всего	39,4 млн (35,9—44,3 млн)
	Взрослое население	37,2 млн (33,8—41,7 млн)
	Женщины	17,6 млн (16,3—19,5 млн)
	Дети до 15 лет	2,2 млн (2,0—2,6 млн)
<b>Люди, впервые инфицированные ВИЧ в 2004 г.</b>	Всего	4,9 млн (4,3—6,4 млн)
	Взрослое население	4,3 млн (3,7—5,7 млн)
	Дети до 15 лет	640 тыс. (570—750 тыс.)
<b>Число случаев смерти от СПИДа в 2004 г.</b>	Всего	3,1 млн. (2,8—3,5 млн.)
	Взрослое население	2,6 млн. (2,3—2,9 млн.)
	Дети до 15 лет	510 тыс. (460—600 тыс.)

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

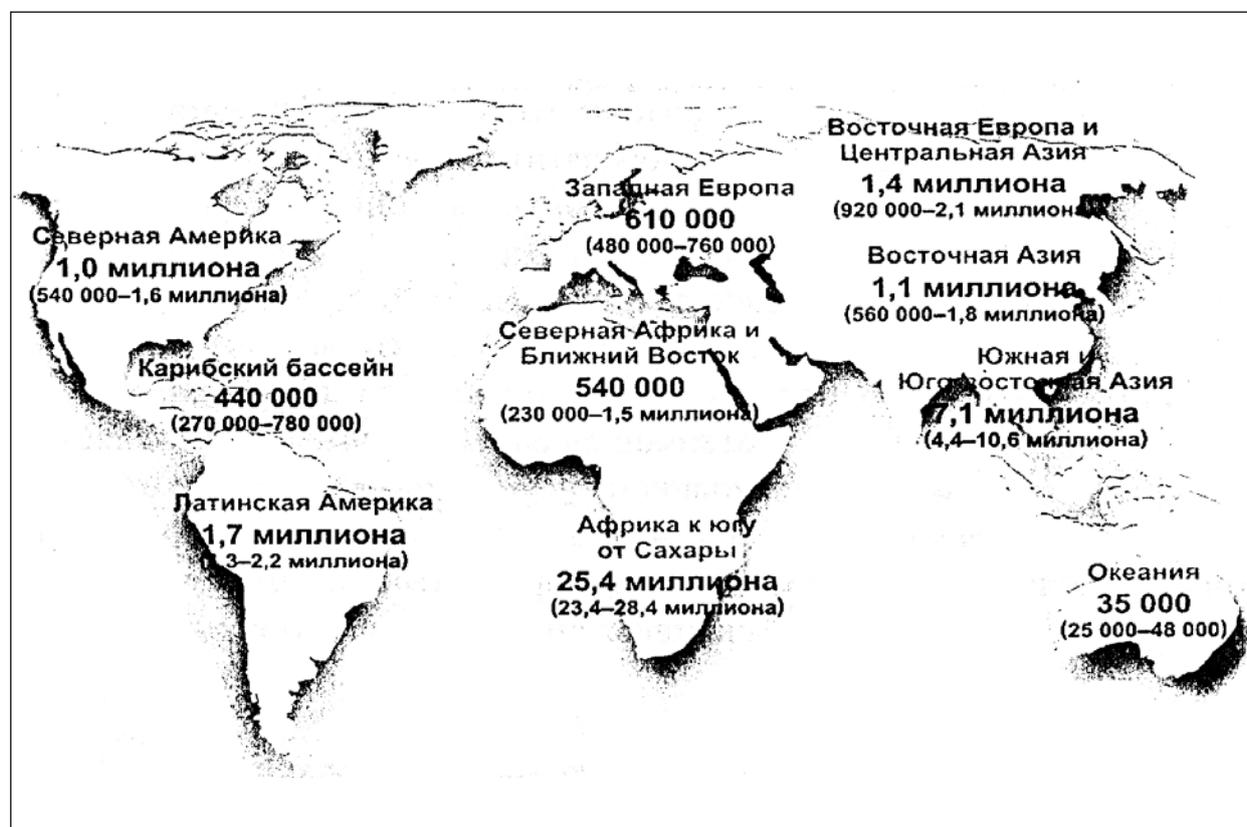
<sup>1</sup> Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания». — 2005. — № 10.

В 2004 г. по оценкам экспертов ВОЗ ВИЧ-инфекцией заразилось от 4,3 до 6,4 млн человек. Это больше, чем за любой другой предшествующий год. Наиболее пораженным по распространению ВИЧ регионом мира являются страны, расположенные к югу от Сахары, где каждый восьмой человек репродуктивного возраста инфицирован ВИЧ.

ВИЧ-инфекция распространена повсеместно и официально зарегистрирована во всех странах мира (табл. 3). В то же время по территориям различных регионов, в разных возрастных, социальных, профессиональных и иных группах она распределяется крайне неравномерно.

Таблица 3

**Число взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом  
(по состоянию на конец 2004 г.)<sup>1</sup>**



В Индии, где 5,1 млн человек инфицированы ВИЧ, проживает 1/7 всех ВИЧ-инфицированных в мире. Это самое большое количество инфицированных после Южной Африки.

Эпидемия ВИЧ в Азии по-прежнему в основном сосредоточена среди потребителей инъекционных наркотиков. В Восточной Европе и Центральной Азии

<sup>1</sup> Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания». — 2005. — № 10.

проявление эпидемического процесса ВИЧ-инфекции детерминировано преимущественно широтой применения инъекционных наркотиков и активизацией полового пути распространения ВИЧ.

С момента первого клинического случая СПИДа, зарегистрированного в 1981 г., по всему миру от заражения ВИЧ-инфекцией умерли уже более 30 млн человек.

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

### 2.1.1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции в России

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 субъектами Федерации, отличающимися высокой степенью распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, есть регионы, где уровень заражения носит все еще относительно низкий характер, а уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в различных федеральных округах страны может отличаться почти в 9 раз (рис.1).

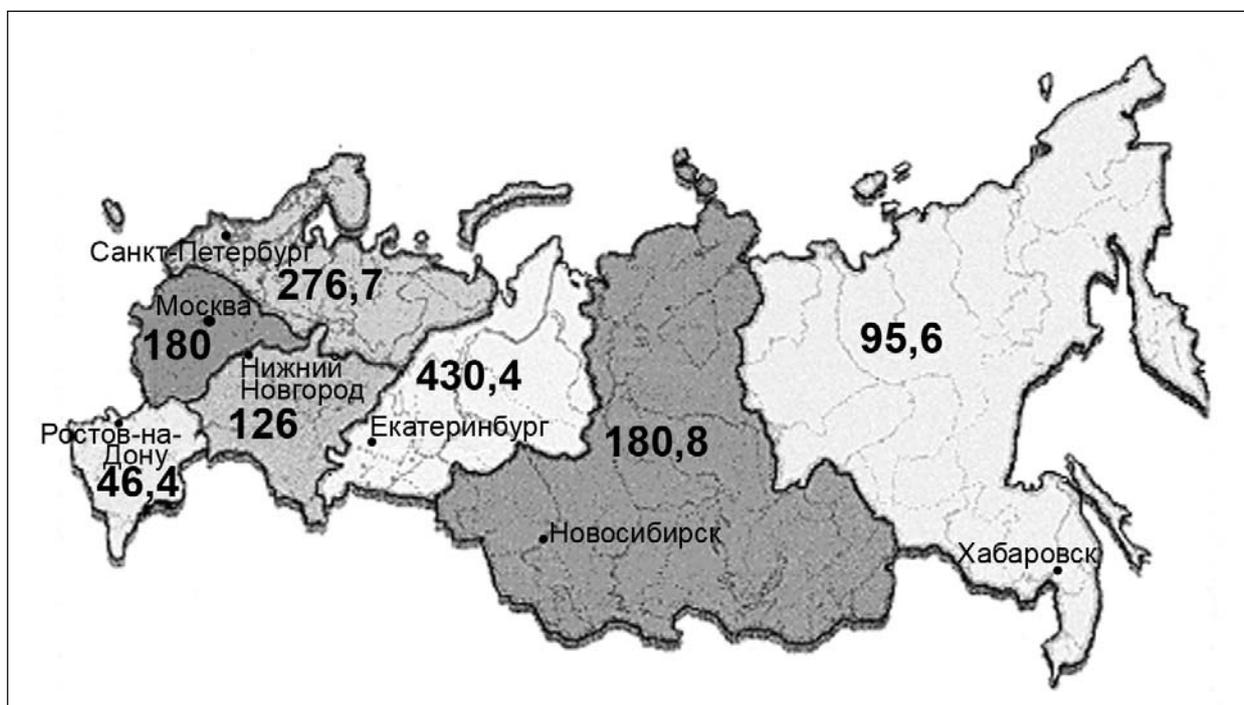


Рис. 1. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в федеральных округах России на конец 2003 г.

По степени интенсивности эпидемического процесса регионы Российской Федерации можно условно разделить на несколько групп:

43 региона с низким уровнем пораженности (от 1 до 50 на 100 тыс. населения);

22 региона со средним уровнем пораженности (от 51 до 150 на 100 тыс. населения);

12 регионов с высоким уровнем пораженности (от 151 до 300 на 100 тыс. населения);

12 регионов с очень высоким уровнем пораженности (от 301 до 620 на 100 тыс. населения).

Наиболее неблагоприятными по пораженности являются города Москва, Санкт-Петербург, Свердловская, Самарская и Иркутская области.

Показатель числа инфицированных ВИЧ на 100 тыс. населения (пораженность) вырос со 121 случая в 2001 г. до 184 случаев в 2003 г., а в 2004 г. — до 207,9.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России в динамике за период 1987—2003 гг. отражена на рис. 2. Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции отмечалось в 2001 г., затем наблюдалось некоторое снижение.

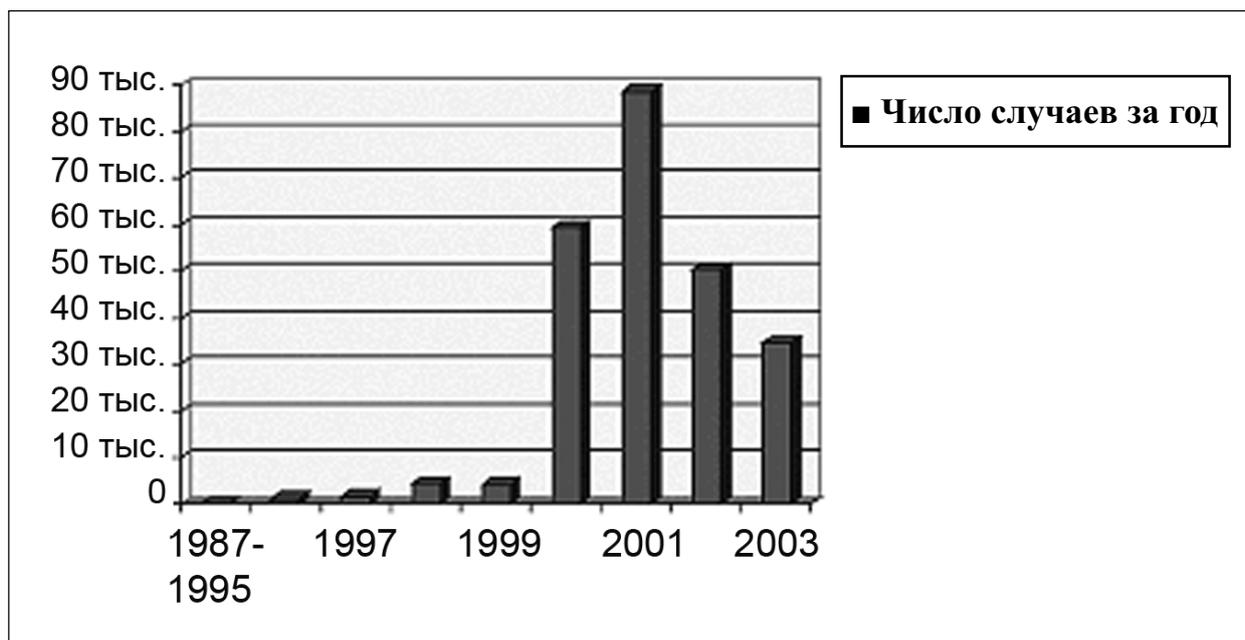


Рис. 2. Регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции в России по годам<sup>1</sup>

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в России в 2004 г. по сравнению с 2003 г. вновь регистрируется увеличение числа ВИЧ-инфицированных (табл. 4).

<sup>1</sup> Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания». — 2005. — № 7.

**Динамика общего числа зарегистрированных  
ВИЧ-инфицированных в России (2002—2004 гг.)  
(по данным Российского Федерального центра СПИДа)<sup>1</sup>**

Показатели	Годы		
	2002	2003	2004
<b>Число ВИЧ-инфицированных</b>	225 490	263 613	309 289
<i>Родилось от ВИЧ-инфицированных матерей</i>	4401	6302	11 271
<b>Умерло ВИЧ-инфицированных,</b>	2980	3456	6852
<i>из них детей</i>	192	216	317
<b>Всего больных СПИДом,</b>	782	817	1318
<i>из них детей</i>	183	193	197
<b>Умерло с диагнозом СПИД,</b>	583	609	952
<i>из них детей</i>	122	125	131

Следует обратить внимание на число ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом среди детей, которое с каждым годом увеличивается. С учетом того, 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 гг. ведущим путем передачи ВИЧ был половой путь, что определяло своеобразие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции. Со второй половины 1996 г. главный путь передачи ВИЧ меняется: на первое место выходит инъекционный — среди наркоманов, практикующих внутривенное введение психоактивных веществ. В Российской Федерации показатель инфицированности среди наркоманов достиг 1056,38 на 100 тыс. обследованных, т. е. не менее 1% всех потребителей психотропных веществ инфицированы ВИЧ.

<sup>1</sup> Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания». — 2005. — № 11.

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 5

**Распределение случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2004 г. по факторам риска<sup>1</sup>**

Факторы риска заражения	СЗ округ		Санкт-Петербург	
	число случаев	в % от общего числа	число случаев	в % от общего числа
<b>Внутривенное введение наркотиков</b>	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	–	1	0,03
Перинатальный контакт	30	0,6	18	1,6
<i>Итого:</i>	5006	100,0	2966	100,0

Современное течение эпидемии ВИЧ-инфекции характеризуется не только изменением ведущего пути передачи возбудителя, но и соотношением числа ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин в сторону увеличения доли ВИЧ-инфицированных женщин.

<sup>1</sup> Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания». — 2005. — № 11.

Относительно статистики в гендерных различиях ВИЧ-инфицированных следует отметить, что все зависит от этапа эпидемии. Так, на первом этапе, когда речь шла в основном о заражении половым путем мужчин-гомосексуалистов, мужчины преобладали. Среди ВИЧ-инфицированных наркоманов также в основном преобладали мужчины. Однако по мере увеличения числа случаев передачи ВИЧ-инфекции половым путем количество мужчин и женщин примерно сравнялось. Это показатель того, что в настоящее время распространение ВИЧ-инфекции происходит преимущественно половым путем.

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 также увеличение количества ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 15—20 лет.

По оценкам специалистов ВОЗ, более половины новых случаев инфицирования ВИЧ в мире происходит среди молодежи. Молодые люди 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.

При опросе в 2002 г. сотрудниками Центра социологии образования РАО большой группы московских школьников выяснилось, что доля мальчиков, имеющих сексуальный опыт, увеличивается с 6,6% в седьмом классе до 28,2% в девятом и 55,4% в одиннадцатом классе, а доля девушек — соответственно с 2,5% до 11,9 и 35,4%.

Эти цифры вполне сопоставимы с мировыми. По данным проведенного в 1997/98 году под эгидой ВОЗ в 35 странах большого сравнительного международного исследования сексуального здоровья детей школьного возраста, в разных странах коитальный опыт имели от 23 до 42% 15-летних мальчиков и от 11 до 38% девочек.

При опросе в 2000/01 г. был установлен минимальный возраст первого полового акта (по всем странам) — 14 лет для мальчиков и 14,3 года для девочек. Вместе с тем следует отметить, что по данным некоторых исследований, до 10% девушек в возрасте 14—16 лет подвергается сексуальному насилию, которое также часто является причиной ВИЧ-инфицирования.

Важно и то, что в этом возрастном периоде наблюдаются и первые наркотические пробы. Средний возраст, когда происходит первая проба наркотиков, у мальчиков составляет 15,1 лет, а у девушек — 15,7 лет.

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

Таким образом, в рамках профилактики ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних в образовательной среде в настоящее время достаточно острой является необходимость полового воспитания детей и подростков с учетом все более раннего возраста начала сексуальной активности. Должна также возрастать роль профилактики наркомании среди несовершеннолетних.

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/СПИДа и определении групп риска инфицирования ВИЧ, что в свою очередь обеспечит эффективность реализации профилактических программ.

## **2.2. ПАТОГЕНЕЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

ВИЧ-инфекция — антропоноз, т. е. заболевание, поражающее только человека. Животные в естественных условиях ВИЧ не заражаются, а попытки экспериментального заражения обезьян заканчиваются их быстрым выздоровлением.

В то же время ВИЧ-инфекция относится к длительно текущим заболеваниям, так как с момента заражения до смерти может пройти от 2—3 до 10—15 лет, и все это время человек может 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, который может находиться во всех биологических жидкостях, 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 теряет способность передвигаться и почти моментально разрушается. Если говорить точнее, этот вирус вообще не способен передвигаться самостоятельно. Единственной средой, где ВИЧ чувствует себя хорошо и имеет возможность перемещаться, являются жидкости организма человека.

К биологическим субстратам человека, имеющим наибольшее эпидемиологическое значение в распространении ВИЧ-инфекции, относятся:

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

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

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

Объем жидкости, который должен попасть в кровь другому человеку, чтобы произошло заражение, зависит от концентрации в ней вируса. Так, необходимое для заражения количество вируса содержится в капле крови, которая умещается на конце швейной иглы. (Для сравнения, объем слюны, в которой содержится такое же количество вируса, составляет 4 литра.) Вирус в высокой концентрации находится в спинномозговой жидкости, но она не выделяется из организма, а потому опасности не представляет

Восприимчивость к ВИЧ у людей всеобщая и определяется гено-, фенотипическим полиморфизмом индивидуумов, что может проявиться как в полном (или неполном) ограничении возможности инфицирования ВИЧ, так и в ускорении либо снижении темпов развития клинических симптомов инфекции.

В ходе эпидемиологического анализа глобальной ситуации в отношении ВИЧ-инфекции было установлено, что в динамике заражения и прогрессирования ВИЧ-инфекции существуют определенные межрасовые различия, при этом доминирующая роль принадлежит антигенам главного комплекса гистосовместимости. Оказалось, что наиболее чувствительными (восприимчивыми) к ВИЧ являются представители негроидной расы, менее — европейцы и наименее — монголоиды.

Для передачи ВИЧ необходимо не только наличие источника инфекции и восприимчивого субъекта, но и наличие соответствующих условий, обеспечивающих эту передачу. С одной стороны, в естественных условиях ВИЧ из инфицированного организма выделяется ограниченным количеством путей: со спермой, с выделениями половых желез, 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.

### **2.2.2. 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 вируса обусловлена его высокой концентрацией в сперме и вагинальном секрете инфицированных лиц.

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

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

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

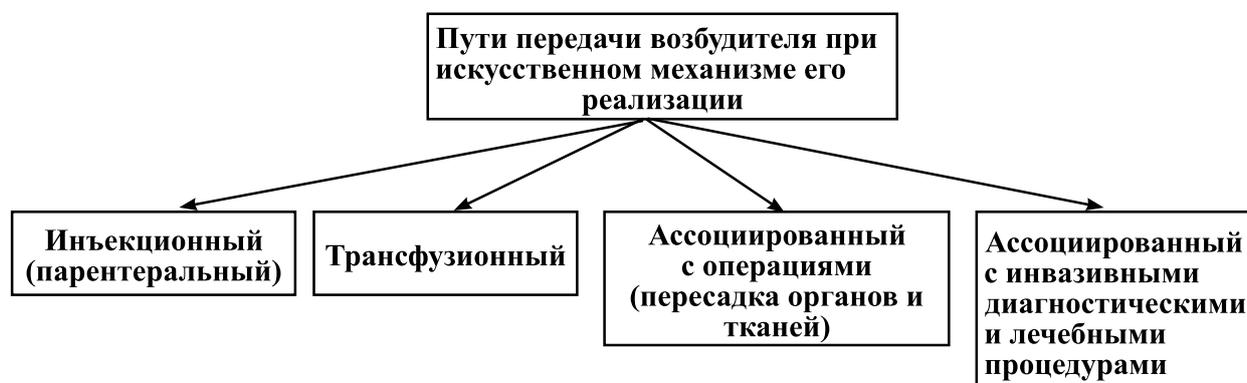


Рис. 3. Пути реализации искусственного (артифициального) механизма передачи ВИЧ-инфекции

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

В настоящее время введен строгий контроль препаратов крови и проведения всех инвазивных диагностических вмешательств с соблюдением предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского инструментария, применения одноразовых медицинских инструментов (например, шприцев). Но полностью исключить действие этого механизма распространения ВИЧ-инфекции не представляется возможным, так как парентеральная передача ВИЧ достаточно широко распространена среди наркоманов, употребляющих психоактивные вещества внутривенно.

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

## **2.3. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

### **2.3.1. Половой контакт**

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

Выявлено 5 факторов, повышающих риск заражения при половом контакте:

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 сопутствующих венерических заболеваниях. Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), справедливо называют «воротами для вируса», поскольку они вызывают язвы или воспаление слизистой оболочки половых органов, благодаря чему к поверхности слизистой оболочки поступает большое количество лимфоцитов, в особенности тех, которые служат мишенью для ВИЧ (Т-4 лимфоцитов). Воспаление вызывает изменения 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, так как при незащищенном половом акте в организм женщины попадает большое количество вируса, содержащегося в семенной жидкости мужчины. Площадь поверхности, через которую

вирус может проникнуть внутрь, у них значительно больше (слизистая оболочка влагалища). Кроме того, в семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем в секретах влагалища. Риск для женщины возрастает при ЗППП, эрозии шейки матки, ранках или воспалениях слизистой оболочки, при менструации, а также при разрыве девственной плевы;

4) если у партнерши эрозия шейки матки, риск заражения увеличивается и для мужчины, и для женщины. 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 высока вероятность травм слизистой оболочки ануса и прямой кишки, что создает входные ворота для инфекции.

### **2.3.2. Инъекционное употребление наркотиков**

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

Внутривенное введение наркотиков является одним из самых рискованных способов поведения в отношении ВИЧ-инфекции, так как что потребители инъекционных наркотиков, как правило, используют общие иглы и шприцы. В этом случае, т. е. когда кровь от ВИЧ-инфицированного человека попадает непосредственно в кровяное русло здорового, заражения избежать невозможно.

Следует подчеркнуть, что употребление психоактивных веществ (ПАВ) приводит к снижению контроля за своим поведением и провоцирует рискованное сексуальное поведение. В этом плане одними из наиболее опасных 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.

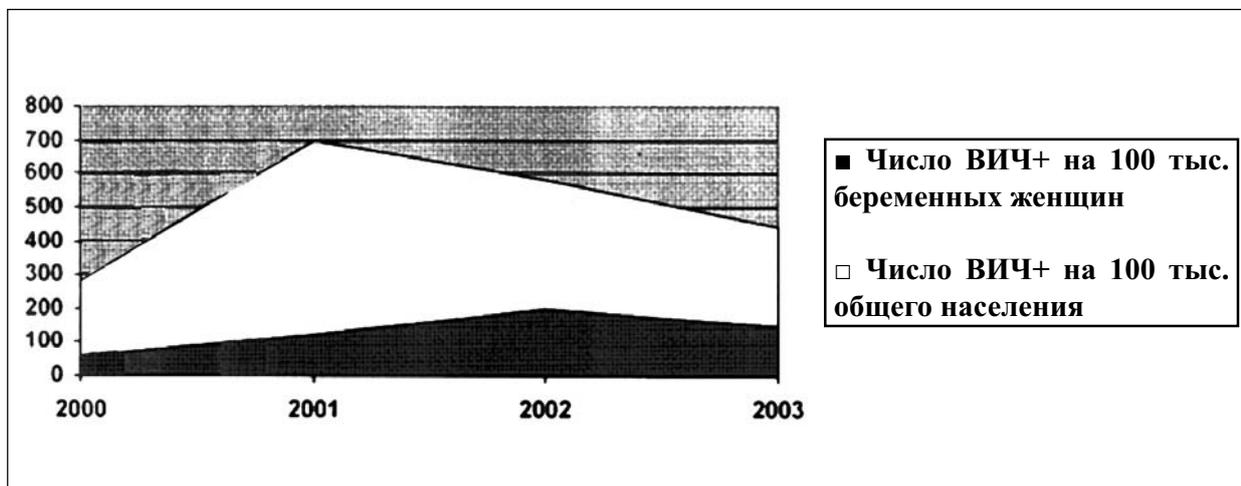
Среди женщин, употребляющих наркотики, широко распространены проституция и практика «секса за дозу», что приводит к выходу эпидемии через сексуальные контакты в другие группы населения. Это особенно важно, так как именно таким путем ВИЧ наиболее активно распространяется на самые разные группы населения.

Кроме того, в настоящее время увеличивается число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, употребляющих наркотики.

Таким образом, 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 составляет 5—10% всех случаев заражения ВИЧ-инфекцией.

В настоящее время отмечается увеличение числа детей, рождающихся от ВИЧ-инфицированных матерей (рис. 4).



*Рис. 4. Число случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и общего населения на 100 тыс. обследованных*

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 ниже ее иммунный статус, тем выше риск передачи вируса ребенку. При наличии у матери болезненных симптомов риск заражения повышается. Повышается он также при неполноценном питании матери. Особенно важным является употребление матерью 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-инфицирования ребенка во время родов относят также длительность второй стадии родов. Риск повышается также 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 или переношенные роды — все это способствует повышению риска передачи ВИЧ от матери новорожденному.

Матерям с ВИЧ-инфекцией не рекомендуется вскармливать детей грудью, поскольку при этом риск передачи ВИЧ повышается. Единственное исключение составляют те редкие случаи, когда у матери нет условий для приготовления детских смесей (нет чистой питьевой воды, невозможно кипятить бутылочки и соски и т. п.).

Риск рождения ребенка с ВИЧ можно максимально снизить, сочетая:

- антиретровирусные препараты (АЗТ и др.);
- своевременное лечение инфекций родовых путей;
- снижение длительности родов или кесарево сечение до начала родов.

### **2.3.3. Переливание зараженной крови**

Этим путем заражение ВИЧ-инфекцией происходит в 3—5% всех случаев.

При заборе крови у донора заражения произойти не может, так как вся кровь, которая сдается донорами, проверяется на антитела и ВИЧ. Этот процесс контролируется, хотя, конечно, не исключены отдельные случаи нарушения.

Но существует другая проблема. Известно, что антитела, хотя кровь уже заражена, появляются только на третий-шестой месяц после заражения. Поэтому если донор сдает кровь в этом периоде, то анализ ничего не покажет и кровь могут перелить другим. В России было 8 подобных случаев заражения ВИЧ. Поэтому небольшой риск заражения при переливании крови имеется. Единственным способом исключить передачу инфекции подобным образом является снижение количества случаев переливания крови: во всех случаях, когда произошло заражение, назначения к переливанию не были обоснованы на 100 процентов.

Для примера обратимся к опыту Франции. В этой стране при переливании крови было ВИЧ-инфицировано более 3 тыс. человек. Сейчас там делают очень небольшое количество переливаний, так как большинство пациентов вообще отказывается от этой процедуры.

В настоящее время существуют главным образом технические способы решения данной проблемы. В первую очередь исследовать сыворотку крови следует не только в тест-системе на антитела, но 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, такие как способ карантина крови, когда донора при заборе крови обследуют, кровь 6 месяцев хранят и затем донора обследуют снова. Если антител у него все еще нет, эту кровь можно переливать.

Главная проблема реализации возможных способов обеспечения безопасности донорской крови — это сложная организация самого процесса и большие финансовые затраты.

### **2.3.4. Профессиональное заражение медработников**

Несмотря на то что доля данного пути в передаче ВИЧ-инфекции ничтожно мала (0,01%), известны случаи инфицирования медицинского персонала, работающего с больными ВИЧ.

Так, в 1996 г. центрами по контролю заболеваемости в США за время эпидемии было зарегистрировано 52 случая профессионального заражения мед-

работников. 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. Среднестатистический риск заражения ВИЧ таким путем: при случайном уколе иглой 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 подобных случаях в нашей стране на сегодняшний день не имеется.

### **2.3.5. Какими путями заразиться ВИЧ невозможно**

Рассматривая вопрос о путях и способах передачи ВИЧ-инфекции, не менее важно отметить и то, в каких случаях человек быть инфицирован ВИЧ не может. Это необходимо знать для того, чтобы ликвидировать распространенные в обществе предрассудки и смягчить дискриминацию в отношении ВИЧ-инфицированных.

Специалистами установлено, что ВИЧ-инфекция не передается:

— *при рукопожатии* (неповрежденная кожа является для вируса естественным барьером, поэтому передача ВИЧ при рукопожатиях, прикосновениях, объятиях невозможна. Теоретически риск передачи ВИЧ в случае наличия на руках 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 здороваться с кем-то за кровоточащую руку, если из его руки тоже хлещет кровь. Во всяком случае, этого делать не рекомендуется);

— *через предметы гигиены, туалета* (ВИЧ-инфекция может содержаться только в крови, сперме, влагалищных выделениях и грудном молоке. Через одежду, постельное белье, полотенца ВИЧ передаться не может: даже если на них попала жидкость, содержащая ВИЧ, во внешней среде он быстро погибнет);

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

— *через укусы насекомых и (или) другие контакты с животными* (ВИЧ-инфекция — заболевание, поражающее только человека. Вопреки распространенному мифу кровь человека не может также попасть в чужой кровоток при укусе комара);

— *через поцелуи* (о том, что ВИЧ не передается при поцелуе, написано достаточно много, но находятся люди, которых беспокоят вопросы «ранок и ссадинок» во рту. В реальной жизни, для того чтобы ВИЧ передался при поцелуе, два человека с открытыми кровоточащими ранами во рту должны долго и глубоко целоваться, при этом у одного из них должен быть не просто ВИЧ, а очень большое количество вируса в крови, т. е. высокая вирусная нагрузка. Вряд ли кто-нибудь сможет, да и захочет воспроизвести подобный поцелуй на практике);

— *через «уколы» в транспорте, метро* (миф о зараженных иглах возник в самом начале эпидемии в зарубежных СМИ, которые до сих пор активно его тиражируют. В реальности не было зафиксировано ни одного случая передачи ВИЧ таким образом. Распространенность этого мифа говорит о том, как в нашем обществе относятся к людям с ВИЧ, ведь у многих не возникает сомнений, что ВИЧ-инфицированным зачем-то нужно кого-то заражать);

— *в стоматологии, маникюрном кабинете, парикмахерской* (за двадцать лет эпидемии ВИЧ ни разу 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, для предотвращения инфекции достаточно);

— *в процессе сдачи анализов на ВИЧ* (это абсолютно исключено, так как забор крови производится с помощью одноразового инструмента, а предположения вроде «Мой шприц подменили» и т. п. необоснованны).

В настоящее время доказано, что *воздушно-капельным, пищевым, водным, трансмиссивным путями* ВИЧ передаваться не может.

Итак, **ВИЧ не передается:**

- *при рукопожатии;*
- *кашле, чихании;*
- *при пользовании общественным телефоном;*
- *при обучении в одной школе, классе;*
- *при посещении поликлиники, больницы;*
- *при открывании дверей;*
- *при 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.*

Возможным вариантом заражения являются трансплантация органов, тканей и искусственное оплодотворение женщин.

## **2.4. ГРУППЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Для того чтобы оградить себя от ВИЧ/СПИДа, знания основных механизмов и путей передачи ВИЧ-инфекции недостаточно. Риск заражения ВИЧ-инфекцией зависит от вида контакта; количества вируса, попавшего в организм; сопутствующих заболеваний и других медико-биологических факторов. Иными словами, от ВИЧ-инфицирования не защищен ни один человек.

Случаи ВИЧ-инфицирования в различных группах населения (на примере Северо-Западного федерального округа РФ) представлены в таблице 6.

Таблица 6

**Выявляемость случаев ВИЧ-инфекции в различных группах населения  
в СЗФО РФ в 2003 г. <sup>1</sup>**

<b>Контингент обследуемых</b>	<b>Обследовано</b>	<b>ВИЧ+</b>	<b>%</b>
<b>Граждане РФ</b>	2 011 769	6865	0,34
<b>Доноры (органов, биологических жидкостей, тканей)</b>	370 392	34	0,01
<b>Медицинский персонал, работающий с ВИЧ-инфицированными</b>	26 834	14	0,05
<b>Больные наркоманией</b>	23 137	865	3,74
<b>Гомосексуалисты, бисексуалы</b>	955	6	0,63
<b>Больные заболеваниями, передающимися половым путем</b>	161 766	231	0,14
<b>Лица, находящиеся в местах лишения свободы</b>	56 382	1657	2,94
<b>Обследованные по клиническим показателям</b>	619 753	2486	0,4
<b>Беременные, а также доноры плацентарной и абортной крови</b>	337 907	630	0,19
<b>Прочие</b>	410 392	384	0,09
<b>Обследованные при эпидемиологическом исследовании</b>	4251	558	13,1
<b>Иностранцы граждане</b>	32 183	18	0,05

<sup>1</sup> Информационно-просветительский журнал «Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания». — 2004. — № 7.

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

Наиболее емким понятием в этом плане является «уязвимость». Но оно касается не всего общества, а лишь тех, кто в силу различных обстоятельств лишен возможности защититься от ВИЧ/СПИДа и его 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.

Степень уязвимости определяет то, насколько человек способен 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 заражения ВИЧ-инфекцией относятся:

— инъекционные наркоманы;

— гомосексуалисты и бисексуалы;

— работники коммерческого секса (проститутки обоих полов);

— сексуальные партнеры ВИЧ-инфицированных;

— лица, подвергающиеся различным медицинским манипуляциям.

Основной группой риска инфицирования являются инъекционные наркоманы, однако их доля постепенно уменьшается по сравнению с группами лиц, передающих ВИЧ-инфекцию половым путем, причем не только при гомо-, но и гетеросексуальных контактах.

На распространение ВИЧ-инфекции существенным образом влияют разнообразные факторы 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, секс-туры; безработица; материальная необеспеченность; снижение уровня жизни населения);

— социально-культурные факторы (терпимость к различным типам половых отношений; эмансипация; ослабление традиционных норм; исключительная свобода нравов);

— социальные катаклизмы (локальные войны; стихийные бедствия; гражданские беспорядки);

— социально-поведенческие факторы (проституция; употребление наркотиков; рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем).

Роль и значение этих факторов риска неоднозначны, часто отмечается их сочетание в различных комбинациях и пропорциях, и вычленив из единого комплекса действующих в данное время факторов риска ведущих 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 выделяют две группы лично ориентированных для данной возрастной категории факторов:

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

Так, в настоящее время в России насчитывается более 2 млн беспризорных детей, многие из которых начинают половую жизнь в 14 лет и ранее. Большинство вовлекаются в проституцию и наркоманию. Более 20 тыс. 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, наиболее эффективной реализации профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа в современном мире будет способствовать учет всех возможных факторов, повышающих уязвимость различных групп населения к заражению ВИЧ.

### Контрольные вопросы и задания

1. Назовите регионы, в наибольшей степени подверженные распространению ВИЧ-инфекции.
2. Перечислите и обоснуйте основные тенденции в современном течении ВИЧ-инфекции в России и в мире.
3. Назовите источники ВИЧ-инфекции и перечислите основные биологические субстраты, которые могут содержать ВИЧ.
4. Расскажите о механизмах передачи ВИЧ-инфекции и о роли каждого из них в современном эпидемиологическом процессе.
5. Охарактеризуйте основные пути передачи ВИЧ-инфекции (их доля в общей массе случаев заражения ВИЧ; факторы, повышающие риск инфицирования ВИЧ при определенных рискованных стилях поведения).
6. Перечислите, в каких случаях передача ВИЧ-инфекции в повседневной жизни невозможна и почему.
7. Опишите традиционные группы лиц, наиболее уязвимых к заражению ВИЧ-инфекцией.
8. Перечислите основные факторы риска. Какие из них провоцируют распространение ВИЧ/СПИДа в современном мире в большей степени?

## КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ/СПИДА

### 3.1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ИММУНИТЕТЕ ЧЕЛОВЕКА

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 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 защищать организм от болезней. В результате 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, ВИЧ-позитивным или ВИЧ-серопозитивным.

Вирус — это простейшая форма жизни. Некоторые ученые считают, что называть их живыми можно только условно. Но есть бесспорное доказательство принадлежности вирусов к живой природе — их способность размножаться.

Среди вирусов есть две большие группы. Первая группа 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. После этого клетка, которой принадлежит ДНК, начинает работать как фабрика по производству вирусов. Истощившись, она в конце концов погибает.

СПИД — это сокращенное название синдрома приобретенного иммунодефицита.

Синдром — это устойчивое сочетание, совокупность нескольких признаков болезни (симптомов).

Приобретенный — означает, что заболевание не врожденное, а развилось в течение жизни.

Иммунодефицит — недостаточность иммунной системы.

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, состояние которых особенно тяжелое и требует наибольшего внимания.

Таким образом, ВИЧ — это вирус. Человек может заразиться ВИЧ и стать носителем вируса, т. е. вирус в его организме будет размножаться, накапливаться. Такой человек может заражать других людей, хотя сам он 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, в частности в 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 оказывается не в состоянии бороться с другими инфекциями и развитием новообразований (злокачественных опухолей).

Как и почему ВИЧ разрушает иммунитет?

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

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

Иными словами, иммунитет — это способ защиты организма от всех антигенно чужеродных веществ как экзогенной, так и эндогенной природы. 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 желу-

дочном 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.

Чтобы представить себе, что такое иммунная система, мы не будем подробно вдаваться в иммунологию и описывать все химические процессы, которые происходят в нашем организме, а рассмотрим только функциональную сторону данной системы.

Иммунная система отвечает за три очень важных процесса в нашем организме:

- замену отработавших, состарившихся клеток различных органов нашего тела;
- защиту организма от проникновения разного рода инфекций — вирусов, бактерий, грибков;
- «ремонт» частей нашего тела, испорченных инфекциями и другими негативными воздействиями (радиация, отравление ядами, механические повреждения и т. п.), а именно: заживление ран на коже и слизистых оболочках, восстановление поврежденных вирусами и грибами клеток, печени и т. д.

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 на заключительном этапе процесса мощных средств врожденного иммунитета.

Система **врожденного иммунитета** действует на основе воспаления и фагоцитоза. В этом случае инородные тела распознаются и удаляются без учета их индивидуальной специфики, поэтому такой иммунитет называют неспецифическим. Удаление чужеродных клеток из организма осуществляется, 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 — **приобретенный иммунитет**. Он основан 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 ходе эволюции позже и заключается в распознавании самых тонких различий между чужеродными агентами — *антигенами*.

**Антигенами** (составлено из начальных частей слов «антитела» и «генерация») называются структурно чужеродные для конкретного организма вещества, способные вызвать иммунный ответ.

Носителями таких чужеродных веществ являются бактерии, вирусы, грибки, трансплантаты, опухолевые клетки. Имунокомпетентные клетки должны распознавать и уничтожать «чужака».

Особое место среди иммунокомпетентных клеток занимают Т-лимфоциты-хелперы (помощники). Это генералы иммунной системы. Они способны распознавать «чужих», без их участия большинство антигенов не вызывают иммунный ответ. Т-хелперы посылают сигнал, активизирующий 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 иммунокомпетентные клетки в лимфатических узлах, коже и других органах также несут CD4.

ВИЧ поражает именно клетки с рецептором CD4, в первую очередь Т-лимфоциты.

С течением времени количество вируса в организме неуклонно растет. 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. И больше шансов победить у вируса.

У каждого организма есть свои ресурсы, но они не бесконечны. Через некоторое время организм исчерпывает их, и вирус встречает все меньше и меньше сопротивления. Снижается число вырабатываемых новых CD4 клеток, и одновременно снижается количество антител к ВИЧ. В результате у киллеров почти не остается возможности уничтожить вирус. Так как CD4 клетки нужны для борьбы со всеми инфекциями, у организма снижается возможность противостоять заболеваниям. Начинает развиваться иммунодефицит.

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

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

### **3.2. СТРУКТУРА ВИЧ И ЕГО ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА**

ВИЧ относится к инфекциям, которые живут только в организме человека. Из-за своей простой структуры и небольшого набора составляющих он не может приспособиться к жизни в таких разных организмах, как, например, человек и насекомые. Этот вирус похож на гаечный ключ: за гайки меньшего размера он не сможет зацепиться, а гайки большего размера вообще не войдут в его паз.

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).

Вирусная частица представляет собой ядро (core), окруженное оболочкой. Ядро содержит двойную вирусную РНК, обратную транскриптазу (ревертазу), интегразу, протеазу. Различают два основных белка оболочки — трансмембранный гликопротеин с молекулярной массой 41 кД (gp41) и внешний гликопротеин — 120 кД (gp120).

В естественных условиях ВИЧ может сохраняться в высушенном биосубстрате в течение нескольких часов; в жидкостях, содержащих большое количество вирусных частиц, таких как кровь и эякулят, в течение нескольких дней; в замороженной сыворотке крови активность вируса сохраняется до нескольких лет.

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

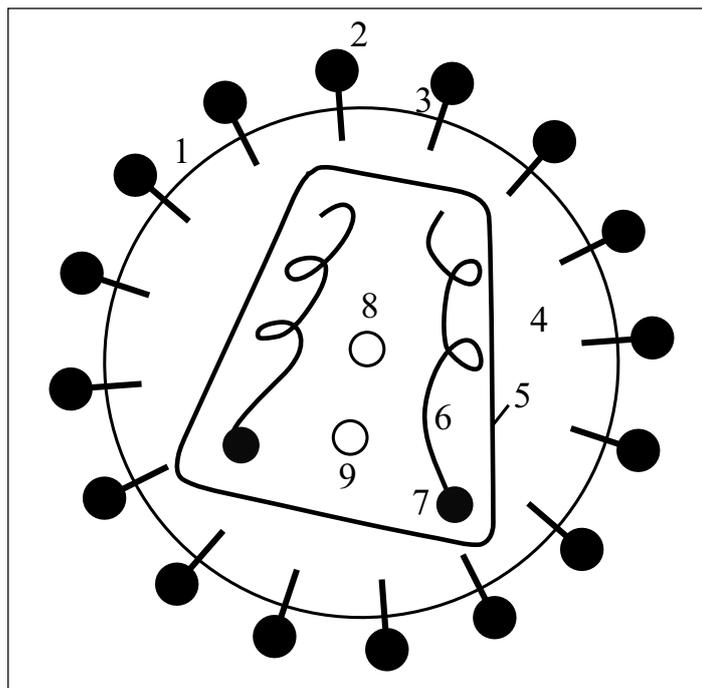


Рис. 5. Схема строения ВИЧ

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

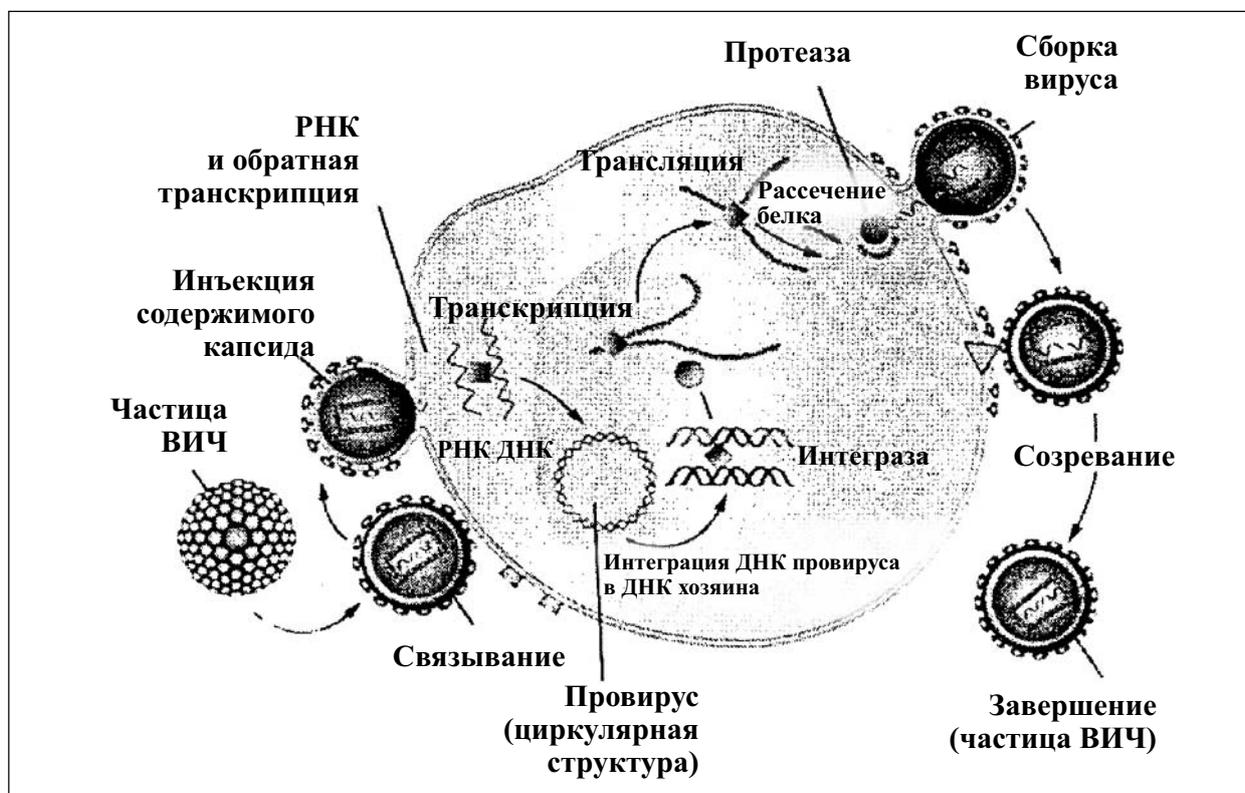


Рис. 6. Жизненный цикл ВИЧ

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 (рис. 6).

Заканчивается морфогенез цитопатическим действием ВИЧ, которое может быть выражено:

- прямой деструкцией и цитолизом инфицированной клетки;
- образованием синцития, т. е. слиянием мембран инфицированных и неинфицированных клеток, несущих CD4-рецептор, что приводит к потере физиологических функций клетки;
- хронической инфекцией без выраженного цитолиза (дендритные лимфоциты, моноциты/макрофаги, нейроны).

Попадая в организм человека, ВИЧ поражает различные органы и ткани, но в первую очередь клетки, несущие маркер CD4 .

В таблице 7 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 7*

**Типы клеток, ткани и органы, поражаемые ВИЧ**

<b>Тип клеток</b>	<b>Ткани и органы</b>
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 числа 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. Одновременно происходит нарушение функции В-лимфоцитов, поликлональная активация которых приводит, с одной стороны, к гипергаммаглобулинемии, а с другой — к ослаблению их способности продуцировать вируснейтрализующие антитела. Повышается количество циркулирующих иммунных комплексов, появляются антитела к лимфоцитам, что еще больше снижает число CD4+ Т-лимфоцитов. Возникают аутоиммунные процессы.

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 через 5—6 лет) защитные возможности иммунной системы истощаются, происходит накопление свободных вирусов в крови (возрастает так называемая вирусная нагрузка).

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

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

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

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

ВИЧ с его своеобразными шипами, имеющими огромное значение для проникновения в клетку-хозяина обычно изображают похожим на противолодочную мину (рис. 7)

Вирус встречается клетку, на поверхности которой есть молекула CD4, и плотно прикрепляется к этой молекуле, «открывая» клетку-хозяина своими шипами как отмычкой. Точнее, оболочки вируса и клетки сливаются, и генетический материал вируса проникает в клетку. (Исследования, направленные на разработку вакцины, работающей на этапе вторжения ВИЧ в клетку, пока не увенчались успехом.)

Далее перед ВИЧ стоит задача встроить свой геном в геном пораженной клетки. Для этого вирус использует особый фермент, благодаря которому клетка-

хозяин принимает генетический материал вируса за свой «родной». Этот процесс обычно завершается в течение 12 часов после инфицирования. На этом этапе вирусу можно помешать. Такое действие оказывают противовирусные препараты, которые используются при лечении ВИЧ-инфекции,

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

Завладев таким образом «штаб-квартирой» клетки-хозяина, ВИЧ начинает отдавать приказы, и клетка вынуждена подчиняться. При ВИЧ-инфекции миллиарды клеток крови пораженного организма 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 его предварительная грубая «сборка», и новый, пока незрелый 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 их вторжением в организм человека.

Пока до конца неизвестно, отчего происходит гибель клеток, пораженных ВИЧ. Существует предположение, что побочные продукты воспроизводства вируса токсичны для клетки, поэтому она погибает. Есть также мнение, что причиной гибели пораженных ВИЧ клеток является механизм апоптоза (самоубийства клетки). Вирус вызывает такие глубокие изменения в обмене веществ зараженной клетки, что она воспринимает их как серьезный сигнал к экстренному включению программы гибели. Биологический смысл такой реакции вполне понятен: смерть



*Рис. 7. Внешний вид ВИЧ*

зараженной клетки еще до того, как в ней образуется новое поколение вирусных частиц, предотвратит распространение инфекции по организму. Однако в случае с ВИЧ-инфекцией «самурайский закон» оказывается неэффективным средством защиты организма.

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. Постепенно иммунная система слабеет и не может справиться ни с враждебными вторжениями других возбудителей болезней, ни с образованием раковых клеток.

Процесс разрушения иммунной системы занимает довольно длительное время, поэтому ВИЧ-инфекцию относят к классу медленных инфекций. После заражения человек может прожить еще многие годы и даже не догадываться, что смертельно болен. Это происходит из-за специфического течения болезни.

### 3.2.1. Варианты ВИЧ-инфекции

Сегодня в международной базе данных существует информация о более чем 25 тысячах вариантов ВИЧ-1, обнаруженных в разных регионах земного шара. Сравнение их позволяет выделить три группы вирусов «*M*» (от английского *major* — «большой»), включающих подавляющее большинство известных ныне вариантов ВИЧ-1; «*N*» и «*O*» объединяют пока относительно небольшое число вариантов ВИЧ-1, выявленных в основном в Западной Африке. Группа «*M*» в свою очередь неоднородна. Все вирусы группы «*M*» можно подразделить на субтипы, обозначаемые буквами английского алфавита от «*A*» до «*K*».

Один субтип не может «переродиться» в другой; но при попадании в организм человека разных вариантов вирусов возможно появление их рекомбинантных подвидов. Вирусы, состоящие из фрагментов, принадлежащих к разным субтипам, были обнаружены несколько лет назад.

Они составляют достаточно большую часть (до 15%) от всех вариантов ВИЧ-1. Выявить обоих «родителей» удалось, изучая российский А/В-рекомбинант, обнаруженный в 1997 г. на территории Калининградской области. С практической точки зрения способность вируса создавать комбинированные варианты, во-первых, означает необходимость для носителей ВИЧ-инфекции остерегаться заражения другими субтипами вируса, а во-вторых, усложняет создание вакцины против ВИЧ.

Интересно, что в разных странах мира доминируют разные субтипы ВИЧ-1 «*M*». В государствах центральной и Западной Африки можно обнаружить все субтипы ВИЧ-1, однако доминируют вирусы субтипов «*A*» и «*C*» — самые распространенные в мире. В странах Западной Европы, Северной Америки, а также в Австралии, Японии и некоторых других странах наиболее распространен субтип вируса «*B*». В Африке, напротив, он встречается относительно редко,

и его появление там связано с реинфицированием (вторичным заносом) из других стран.

В России, где первый больной с ВИЧ-инфекцией был обнаружен в 1987 г., в настоящее время выявлены 8 субтипов ВИЧ-1: *A, B, C, D, E, F, G, H*. Представители групп «*N*» и «*O*» пока не обнаружены.

Разные субтипы представлены в уязвимых группах по-разному. Например, у людей, заразившихся в результате гетеросексуальных контактов, обнаруживаются все 8 субтипов, у инфицированных гомосексуалов доминирует субтип «*B*». Эти закономерности никак не связаны с особенностями субтипов. Они скорее отражают географию эпидемически зависимых связей. Наши сограждане с ВИЧ вступали в гетеросексуальные контакты с жителями многих стран, поэтому мы и наблюдаем такое разнообразие вирусов в этой группе. С другой стороны, заразившиеся ВИЧ гомосексуалы в основном имели интимные отношения с жителями Европы и Америки, где уже доминировал субтип «*B*». Известен случай, когда гомосексуальный мужчина заразился в Центральной Африке, а затем стал источником ВИЧ для нескольких своих половых партнеров — граждан России. Все они оказались инфицированными вирусом субтипа «*A*».

Сегодня в России подавляющее большинство заражений вирусом иммунодефицита регистрируются, как известно, среди потребителей наркотиков. В этой группе циркулирует три варианта ВИЧ-1. Доминирует субтип «*A*» — на него приходится не менее 80% всех случаев инфицирования. До начала эпидемии в России вирусы этого субтипа у потребителей наркотиков нигде в мире не выявлялись. Эти данные свидетельствуют: путь их проникновения — гетеросексуальные контакты. Наиболее вероятно, что первый случай заражения произошел где-то на юге Украины (эпидемия началась там существенно раньше). Затем вирусы распространились в Белоруссии, Молдавии и в России. Позднее их обнаружили у потребителей наркотиков в Казахстане, странах Прибалтики, в Германии и даже на Ближнем Востоке.

Естественно задаться вопросом: а что будет дальше? Можно ожидать новых субтипов или даже групп ВИЧ-1. Обнаружить их, вероятно, удастся путем анализа большего числа образцов крови, в первую очередь с африканского континента (пять субтипов ВИЧ-1, открытых в 1994—1999 гг., были выделены именно там). Нельзя исключить и того, что «крайние» (сильно отличающиеся) варианты уже известных субтипов, попадая в новые группы, дадут начало новым субтипам ВИЧ-1. Важный вклад в эволюцию вируса будет, без сомнения, по-прежнему вносить и рекомбинаторика.

Таким образом, существует множество вариантов вируса иммунодефицита человека. Это обстоятельство усложняет лечение ВИЧ-инфекции и создание соответствующей противовирусной вакцины. Основной надеждой человечества остается ответственное отношение к своей жизни, основанное на знаниях о ВИЧ-инфекции и способах безопасного поведения как ВИЧ-инфицированных, так и здоровых людей.

Трудно рассчитывать на создание эффективных мер защиты от ВИЧ, не имея достоверных данных о том, откуда он появился в человеческой популяции и о путях его эволюции. Кроме того, велик риск заполнения информационных «белых пятен» недостоверными сведениями. Именно недостатком знаний можно объяснить появление публикаций, будто ВИЧ — новое биологическое оружие, созданное американцами (в другом варианте — русскими), или что ВИЧ существует в мире давно, но никак не был связан с развитием СПИДа.

Однозначно ответить на вопрос, откуда ВИЧ взялся в человеческой популяции, пока не представляется возможным. Наиболее вероятной, по мнению ученых, является версия о мутации вируса иммунодефицита обезьян (ВИО).

Небезынтересно, что вирус иммунодефицита у обезьян СПИДа не вызывает. Зеленые мартышки, например, сами не болеют, однако могут заражать обезьян других видов, в частности, при совместном содержании в зоопарках. Так, у японских макак, никогда не сталкивавшихся с ВИО, отмечены случаи развития инфекции с симптомами СПИДа, закончившиеся летальным исходом.

Оказалось, что ВИЧ-2 близок к одному из обезьяньих вирусов, который был выделен в Африке в природных популяциях дымчатых мангобеев. Описано несколько случаев заражения людей, причем у инфицированных развивались все симптомы, вызываемые ВИЧ-2. И напротив, экспериментальное заражение дымчатых мангобеев приводило к развитию хронической инфекции без каких-либо симптомов СПИДа. Можно сделать такой вывод: ВИЧ-2 — это, скорее всего, болезнь, которой человек заразился от приматов, а природный резервуар вируса находится в популяции дымчатых мангобеев в Западной Африке.

С ВИЧ-1 — вирусом, ставшим причиной 99% известных на сегодня случаев СПИДа, — вопрос пока остается открытым, хотя по аналогии можно предположить, что вирус попал к людям от каких-то обезьян, а развитие симптомов СПИДа связано с тем, что человек — не его природный хозяин. Известны уже четыре случая выявления вирусов, напоминающих ВИЧ-1, у шимпанзе. Три вируса выделены в Западной Африке, а четвертый — в США, у шимпанзе, живущего в зоопарке.

Группе ученых под руководством Б. Хан удалось проследить происхождение ВИЧ-1 у одного из подвидов шимпанзе. Ближайшими звеньями к ВИЧ-1 представляются три образца вируса, выделенные у шимпанзе. Но один из трех настолько сильно отличается от двух других, что ученые сомневаются, были ли они непосредственными предками ВИЧ-1.

Группа Хан показала, как по крайней мере в трех подходящих случаях вирусы шимпанзе могли эволюционировать в три семейства одного из подвидов ВИЧ-1, известных сегодня. Вопрос представляет отнюдь не только академический интерес. Шимпанзе, которые сегодня являются носителями своего варианта вируса, сами не заболевают. Теоретически это могло бы дать ключ к проблеме контроля над СПИДом. Однако пока ученые постигают значение шимпанзе в исследовании СПИДа, охота на них ставит популяцию этих обезьян на грань вымирания.

А это значит не только то, что охотники могут заразиться новыми разновидностями вируса, но и что человечество теряет живую базу данных о СПИДе. По словам Б. Хан, это все равно что сжечь целую библиотеку непрочитанных книг.

Таким образом, ученые склоняются к тому, что ВИЧ привнесен в человеческую популяцию от приматов и является родственником вируса иммунодефицита обезьян. И тот факт, что у естественных хозяев вируса СПИД не развивается, дает надежду на то, что исследования в этой области помогут противостоять ВИЧ-инфекции.

### **3.3. РАЗВИТИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИДА**

ВИЧ-инфекция как болезнь имеет несколько этапов своего течения, и 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.

В своем развитии ВИЧ/СПИД проходит 5 стадий (рис. 8).

**Стадия 1 — «стадия инкубации»** — период от момента заражения до проявления выраженной реакции организма в виде острой инфекции и (или) выработки антител. Ее продолжительность обычно составляет от 3 недель до 3 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 вирусу еще не выявляются. Следовательно, на данной стадии обнаружить ВИЧ-инфекцию традиционным лабораторным методом нельзя. Ее наличие можно лишь заподозрить на основании эпидемиологических данных и подтвердить при лабораторном исследовании обнаружением в сыворотке пациента вируса иммунодефицита человека, его антигенов, нуклеиновых кислот. Заразившийся человек на этой стадии может ничего не чувствовать: при заражении ВИЧ большинство людей не испытывают никаких ощущений.

**Стадия 2 — «стадия первичных проявлений»** — связана с первичным ответом 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:

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

**Стадия 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.

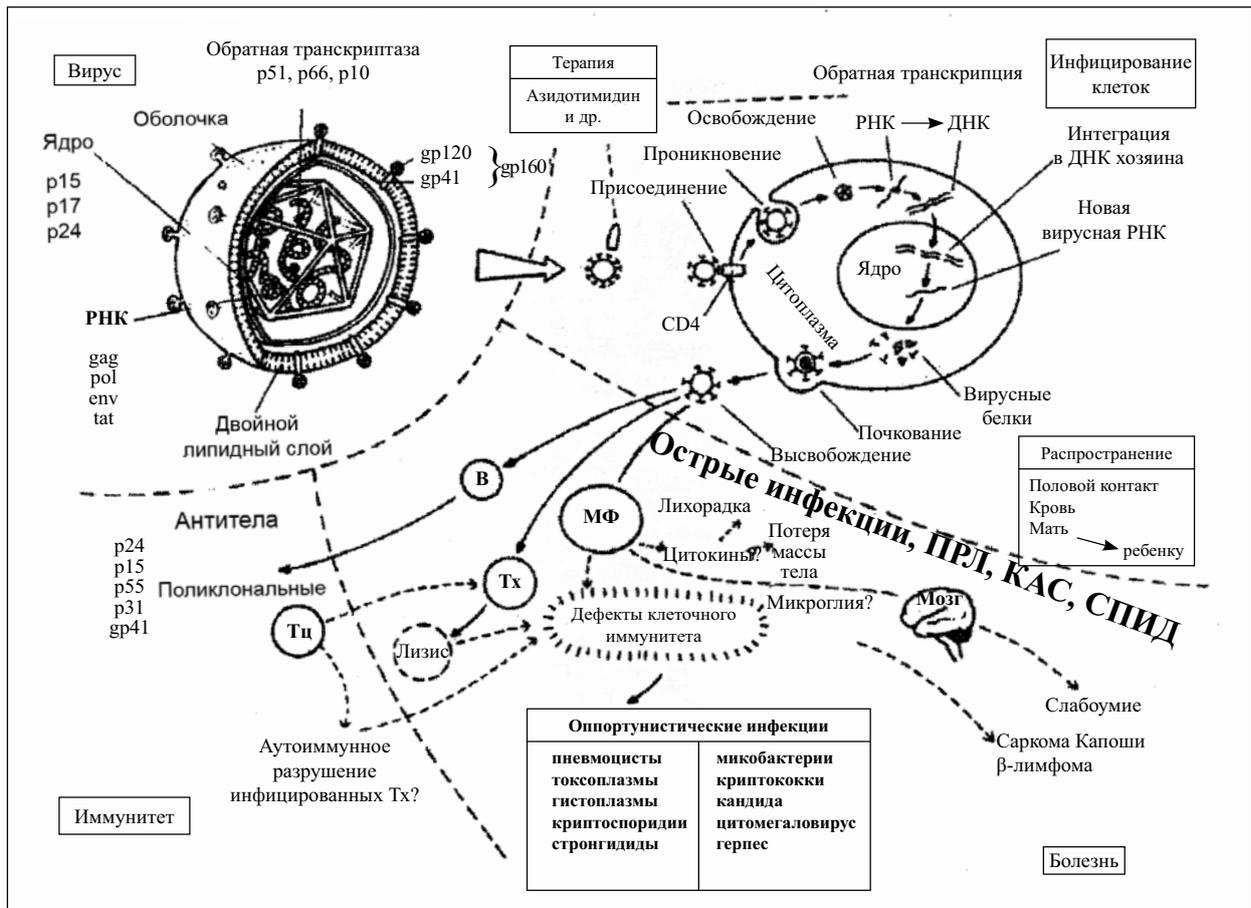


Рис. 8. Схема развития СПИДа

**ПРЛ** — прогрессирующая распространенная лимфаденопатия, в 50% случаев заканчивается развитием СПИДа. **КАС** — симптомокомплекс, ассоциированный со СПИДом, включает более тяжелые симптомы: потерю массы тела, лихорадку, обильное потоотделение и рецидивирующие инфекции. **МФ** — макрофаги. **Т-клетки** — основные мишени для ВИЧ. **Саркома Капоши** — диссеминированная опухоль кожи, происходящая из эндотелия лимфатических сосудов

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

**Стадия 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 и тяжелыми, 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, и ее начало часто отмечается в первые 3 месяца после заражения. Она может опережать появ-

ление 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 1 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) протекает 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».** На этой стадии инфицированный человек 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 в не менее чем двух не связанных между собой группах (не считая паховых), хотя может и 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.

*Стадия 4А* 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.

*Стадия 4Б* 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.

*Стадия 4В* 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 ресурсов организма зараженного человека, этот процесс имеет обратимый характер (по крайней мере на какое-то время). Спонтанно или в результате 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, и 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, приводимые нами цифры носят усредненный характер, так как ВИЧ-инфекция и СПИД у всех протекают 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 живут уже 15 и более лет без признаков СПИДа. Описано наиболее быстрое развитие заболевания — 28 недель от момента заражения до смерти.

Длительность заболевания зависит от типа вируса и индивидуальных особенностей организма человека (восприимчивость организма к вирусу, наличие сопутствующих заболеваний, образа жизни и других факторов). Так, при заражении ВИЧ 2-го типа заболевание прогрессирует несколько медленнее. Чем старше человек, заразившийся ВИЧ, тем, как правило, быстрее происходит развитие болезни. Условием, способствующим быстрому развитию болезни, является прием наркотиков.

Таким образом, самочувствие и продолжительность жизни ВИЧ-инфицированного зависят 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 хорошее самочувствие инфицированного человека не означает, что он не может стать невольной причиной заражения других людей. Внешний вид такого человека ничего не скажет о том, является он носителем ВИЧ или нет, поэтому, чтобы защититься от заражения, нужно знать основные пути передачи вируса и вести безопасный образ жизни.

### 3.4. ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

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

Критерии, позволяющие установить наличие ВИЧ-инфекции при отсутствии серологической диагностики, были разработаны ВОЗ в 1985 г. 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 чем одного месяца;
- длительная, в течение одного месяца, лихорадка.

*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 обнаружении у него хотя бы двух «больших» и одного «малого» признака.

Как уже говорилось, внешние признаки инфекции могут отсутствовать долгое время. 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». Анализ позволяет быстро и без больших денежных затрат определить инфицированность ВИЧ, однако может давать так называемые ложноположительные результаты (примерно в 1% случаев). Причиной подобного результата может стать беременность, различные вирусные инфекции, а также простая случайность. При положительной реакции ИФА проводят иммунный блоттинг для определения специфичности выявленных антител (второй уровень диагностики).

**Реакция иммуноблоттинга (*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 иммуноблоттинга. 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 ложноположительным, 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. Неопределенный результат может появиться 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, как мы уже упоминали, 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 с помощью ИФА-тест-систем через 3 и 6 месяцев после опасной ситуации, в результате которой могло произойти инфицирование ВИЧ.

Диагностика ВИЧ-инфекции производится с помощью тестов, определяющих антитела. Помимо этого существует **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 три месяца, в других случаях его может назначить врач (его, например, 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 может понадобиться подтверждающее тестирование методом ИФА.

Результат теста ИФА можно получить в течение одного дня, но в большинстве лабораторий этот срок составляет от 1—2 дней до 2 недель. Учитывая, что ожидание результатов может быть весьма неприятным периодом, лучше уточнить этот вопрос заранее, до сдачи анализа. Также можно узнать, не повлияют ли на сроки теста выходные и праздничные дни.

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.

Тестирование бывает двух видов: конфиденциальное и анонимное. Если человек делает тест конфиденциально, то сотрудникам лаборатории будет известно его имя, но следует учитывать, что они не могут сообщить его куда-либо, так как это будет нарушением врачебной тайны. В анонимных кабинетах тестирования человек не сообщает своего имени, ему присваивается номер или имя, по которым он сможет узнать результат теста. Учитывая существующие предрассудки в отношении ВИЧ, многим людям спокойнее, если они делают тест анонимно.

В некоторых кабинетах тестирования существует до- и послетестовое консультирование, в других подобная услуга до сих пор отсутствует. Люди, решившие узнать свой ВИЧ-статус, часто нуждаются в психологической поддержке, не говоря уже о дополнительной информации о тестировании и ВИЧ. Поэтому часто бывает важно уточнить, есть ли возможность получить консультацию до и после теста, а также узнать телефоны доверия и горячие линии по ВИЧ/СПИДу, по которым можно анонимно получить любую интересующую информацию.

Если тест был сделан через достаточный период времени, в течение которого не было опасных контактов, то ВИЧ-инфекции нет.

С другой стороны, тестирование на ВИЧ и профилактика — это не одно и то же. Недостаточно просто регулярно сдавать анализ. Если ваше поведение остается рискованным, то через какое-то время результат теста может оказаться положительным. К счастью, пути передачи ВИЧ изучены лучше, чем у любого другого вируса. Получение отрицательного результата — хороший повод узнать как можно больше о профилактике ВИЧ и подумать о том, как снизить риск заражения для себя и своих близких.

### **3.5. ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Когда человек узнает, что у него ВИЧ-инфекция, главный вопрос, которым он чаще всего задается, это: «Сколько мне еще осталось жить?». Так как ВИЧ-инфекция и СПИД у всех протекают по-разному, то на этот вопрос невозможно ответить однозначно. Тем не менее некую общую информацию мы предоставить можем.

Исследования экспертного центра по ВИЧ/СПИДу в Ванкувере (Канада) показали, что, если темпы эпидемии ВИЧ не сократятся, уже в ближайшие несколько лет в крупных городах может произойти снижение продолжительности жизни — у мужчин на 8 лет, у женщин — на 9. Прогнозные оценки работников экспертного центра подтвердились на африканском континенте (в Зимбабве, например, средняя продолжительность жизни сократилась на 16 лет).

До настоящего времени терапия ВИЧ-инфекции остается сложнейшей проблемой, так как не существует средств, позволяющих радикально излечивать больных ВИЧ-инфекцией, 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 наши дни в связи с новыми методами лечения люди с ВИЧ-инфекцией и со СПИДом стали жить дольше, чем это было в начале эпидемии. В 1981—1986 гг. СПИД развивался у больных в среднем через 7 лет после заражения вирусом. После этого человек мог прожить еще примерно 8—12 месяцев.

Попав в организм человека, ВИЧ постоянно воспроизводится. Весь цикл его воспроизводства, или, как принято говорить, репродукции, составляет всего 2,6 дня. За год происходит около 40 циклов репродукции ВИЧ.

Довольно скоро после обнаружения ВИЧ появились первые препараты, воздействующие на этот вирус. В 1987 г. были разработаны лекарства, подавляющие фермент вируса, который отвечает за размножение вируса в клетках человека. В 1996 г. сообщили о препаратах нового класса, которые блокируют другой фермент вируса и не позволяют вирусу окончательно сформироваться и инфицировать клетки человеческого организма.

После того как в 1996 г. начали применять комбинированную противовирусную терапию, жизнь ВИЧ-инфицированных и людей со СПИДом стала намного продолжительнее. Некоторые больные СПИДом могут прожить 10 лет и дольше. Это в первую очередь обеспечивают лекарства, действующие на сам вирус, — противоретровирусные препараты.

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

- а) направленные против ВИЧ;
- б) направленные против других инфекций и других повреждений, развивающихся на фоне ВИЧ.

Сегодняшняя антиретровирусная терапия основана на принципе прерывания процесса размножения ВИЧ.

Первый препарат, который был предложен для терапии ВИЧ, — *азидотимидин (АЗТ)* — был разработан еще в 60-е гг. как средство помощи онкологическим больным, но по сравнению с другими препаратами он оказался слишком токсичным. Когда в середине 80-х пытались найти хоть какое-то лекарство, способное воздействовать на ВИЧ, обратили внимание на то, что АЗТ вмешивается в процесс размножения вируса и блокирует фермент ревертазу. Поэтому он был отнесен к классу *ингибиторов* (создающих помехи, предотвращающих) *ревертазы*. С 1985 г. АЗТ был единственным препаратом для терапии ВИЧ-инфекции. В 1991 г. список *ингибиторов ревертазы* пополнился еще двумя препаратами — **ddI** и **ddC**. В отличие от АЗТ они были не столь эффективны, но значительно менее токсичны. На сегодняшний день разработано и внедрено в клиническую практику около 10 ингибиторов ревертазы. Это позволяет врачам при подборе терапии осуществлять более индивидуальный подход к пациентам.

Другой класс препаратов для терапии ВИЧ также основан на вмешательстве в процесс размножения вирусов. Это *ингибиторы протеазы* — другого фермента ВИЧ. Впервые о них было объявлено в начале 1995 г. Их создание стоило фармакологическим фирмам очень дорого. Так, компания «Мерк» потратила на разработку

одного из первых ингибиторов протеазы — *криксивана* — более 1 миллиарда долларов. Ныне в клинической практике используется уже 5 ингибиторов протеазы.

Основными проблемами, с которыми столкнулись врачи при проведении анти-ВИЧ-терапии, были высокая токсичность лекарств и высокая приспособляемость вируса к препаратам, направленным 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. Такие вирусы — их называют резистентными — становятся более агрессивными, и развитие болезни ускоряется.

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

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

Начиная с середины 1995 г. в мировой практике начали применение комплексной анти-ВИЧ-терапии. В медицинской литературе этот вид лечения часто называют *тритерапией*. Ее смысл заключается в том, чтобы воздействовать сразу на оба фермента вируса — ревертазу и протеазу, поэтому курс лечения состоит из трех препаратов — 2 ингибиторов ревертазы и одного ингибитора протеазы. Пока нет данных о том, как долго человек должен проходить такую терапию, чтобы получить стабильный позитивный эффект, поэтому рекомендуют принимать эти препараты постоянно.

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 СПИДа, через 6—8 месяцев человек может почувствовать значительное улучшение и даже вернуться на работу. Еще одно позитивное последствие уменьшения концентрации вируса в крови — снижение риска распространения инфекции от ВИЧ-инфицированного человека.

В 1998 г. было объявлено о начале исследования нового класса препаратов — *ингибиторов интегразы*. После того как ингибиторы интегразы войдут в практику, появится возможность воздействовать практически на каждый этап размножения вируса, что значительно повысит эффективность терапии.

К сожалению, применяемая сегодня терапия не эффективна на 100%, так как, во-первых, около 20% ВИЧ-инфицированных не могут переносить некоторые компоненты, входящие в лекарства; во-вторых, такая терапия очень дорога (от 10 до 15 тыс. долларов США в год), что делает ее недоступной для многих; и, в-третьих, режим приема лекарств очень жесткий, и не все способны или готовы его выполнять.

Дело в том, что проходящий комплексную анти-ВИЧ-терапию человек должен принимать от 5 до 20 различных таблеток строго через каждые 8—12 часов постоянно, месяцы и годы. Кроме того, прием некоторых препаратов требует соблюдения строгой диеты и питания по часам.

Поскольку, как мы уже отмечали, вариантов вируса очень много, *комплексная антиретровирусная терапия* должна подбираться каждому больному индивидуально: с учетом переносимости препаратов (у некоторых людей от противовирусных лекарств возникают побочные эффекты) и с учетом способности вируса приспосабливаться к лекарствам (т. е. изменяться таким образом, чтобы образовывались его новые популяции, 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.

Как видим, лечение ВИЧ-инфекции пока представляет собой довольно трудный и дорогостоящий процесс, поэтому многим оно доступна мало. По состоянию на конец 2004 г., во всем мире лишь 12% из 6 миллионов человек, нуждающихся в лечении, получили его.

*Основные принципы применения антиретровирусных препаратов:*

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

— терапия проводится сочетанием трех-четырёх антиретровирусных препаратов (такая тактика лечения больных ВИЧ-инфекцией обозначена как высокоактивная антиретровирусная терапия, сокращенно ВААРТ).

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

Поиски новых методов лечения продолжаются. Несомненно, вскоре появятся еще больше лекарственных препаратов, эффективных в борьбе с этой инфекцией и доступных по цене. Но пока радикального средства, излечивающего от ВИЧ-инфекции, не найдено. Она остается смертельной болезнью.

### **Контрольные вопросы и задания**

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

## *Глава 4*

# **ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР РИСКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ**

Отличительной чертой ВИЧ-эпидемии в России является возраст инфицированных, более 80% из которых — люди моложе 30 лет, тогда как в Западной Европе и Северной Америке моложе 30 лишь 30% инфицированных.

По статистике ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется именно среди молодых людей, т. е. среди тех, кому еще нет 25 лет. Каждый четвертый из страдающих ВИЧ моложе 21 года. Незащищенные сексуальные контакты среди подростков приводят к распространению не только ВИЧ, но и множества других инфекций, передаваемых половым путем. Например, хламидиоз и гонорея встречаются среди подростков чаще, чем среди взрослых. Особенно уязвимы подростки из малообеспеченных семей, живущие в бедных регионах. Значит, молодым людям необходима информация, которая помогла бы им защитить себя.

Подростковый период жизни является уникальным. Взрослеющий человек переживает множество физических и эмоциональных изменений. Это время постоянного поиска и экспериментов, которые все чаще включают в себя рискованный секс и употребление наркотиков.

Молодые люди сегодня во многом дезориентированы: родители и учителя твердят, например, что следует воздерживаться от ранних половых контактов, не курить и не пить, а телевидение, фильмы и журналы полны историй о потрясающих людях, которые всю жизнь занимаются сексом, курят, пьют и употребляют наркотики.

Подростковый возраст — один из наиболее сложных периодов развития человека. Несмотря на относительную кратковременность, он во многом определяет всю дальнейшую жизнь индивидуума. Именно в подростковом возрасте в основном 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 освободиться от опеки и контроля родителей, учителей и других воспитателей, которое нередко приводит к отрицанию духовных ценностей и стандартов жизни старшего поколения вообще.

С другой стороны, все более очевидными становятся 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 как проявлением психического заболевания, так и свойством характера

вполне здоровых молодых людей. Чаще всего такие нарушения свойственны подросткам с акцентуациями характера (А. Е. Личко, 1985).

#### **4.1. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ**

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

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

Классификация А. Е. Личко отличается, во-первых, специфичностью для подросткового возраста, во-вторых, охватывает как психопатии (т. е. патологические аномалии личности), так и акцентуации (т. е. варианты нормы).

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

##### **Гипертимный тип**

Главная черта характера таких подростков — почти всегда очень хорошее, приподнятое настроение. Лишь изредка оно омрачается вспышками раздражения, гнева, агрессии. Первые трудности могут появиться при поступлении в школу: при хороших способностях, живом уме у таких подростков обнаруживаются неусидчивость и невозможность сосредоточиться на чем-то.

Причиной гнева у них обычно служит противодействие со стороны окружающих, стремление слишком жестко подавить желания и намерения подростка. Иногда поводом для раздражения становится осознание уж слишком явных собственных промахов и неудач. Такие вспышки учащаются и усиливаются в ситуации строго регламентированного дисциплинарного режима.

Специфические подростковые поведенческие реакции у этих подростков выражены достаточно сильно. В силу реакции эмансипации (от родителей, педагогов) легко возникают конфликты. Как правило, у таких детей обнаруживается склонность к самовольным отлучкам, иногда продолжительным, но настоящие побеги из дома у гипертимов встречаются редко.

Неудержимый интерес ко всему вокруг делает их неразборчивыми в выборе знакомств. Контакт со случайным встречным не представляет для них проблем. Они склонны к групповым формам делинквентного (асоциального) 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 пробуждается у них рано и бывает довольно сильным.

Самооценка гипертимных подростков отличается достаточной искренностью.

### Циклоидный тип

С наступлением пубертатного периода (возрастной стадии полового созревания) у подростков этого типа возникает первая субдепрессивная фаза, которая часто проявляется апатией и раздражительностью. На замечания и укоры могут отвечать раздражением, даже грубостью и гневом, но в глубине души впадают от этого в еще большее уныние. Серьезные неудачи и негативная реакция на них со стороны окружающих могут углубить их субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию интропунитивного типа с суицидными попытками.

Подростковые реакции таких детей усиливаются в периоды эмоционального подъема. Увлечения отличаются нестойкостью. Выраженные нарушения поведения (делинквентность, побег из дома) циклоидам не свойственны.

### Лабильный тип

Главная черта представителей этого типа — крайняя изменчивость настроения. Неизбежные 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 подростков подобного типа является повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондрии (угнетенность, подавленность состояния). 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. Представителям данного типа не бывают присущи постепенное накапливание раздражительности, как у подростков эпилептоидной акцентуации, поводом для вспышек совсем не обязательно служат противодействие, его сила и продолжительность, как у подростков гипертимной акцентуации; бурного неистовства, как подростки лабильной акцентуации, они никогда не проявляют. Аффективные вспыш-

ки связаны у них не с перепадами настроения: раздражительность нарастает с нарастанием утомления.

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

### Сенситивный тип

Подростки данного типа пугливы и боязливы, часто страшатся остаться одни, боятся темноты, сторонятся животных, слишком бойких и шумных сверстников, рискованных шалостей. Часто бывают «домашними детьми». Трудности адаптации начинаются в 16—19 лет, в период смены привычного школьного стереотипа на трудовой. Чувство собственной неполноценности у сенситивов делает ярко выраженной реакцию гиперкомпенсации: они ищут самоутверждения не в той области, где могут раскрыться их способности, а там, где чувствуют свою неполноценность. «Ахиллесовой пятой» представителей данного типа является реакция на отношение к ним окружающих.

Самобичевание и самоуничижение могут доводить их до суицидальных мыслей, причем их суицидальное поведение отличается двумя особенностями: вспышками суицидальных желаний без осуществления попыток убить себя и истинными суицидальными действиями без всякой демонстративности.

Ни к алкоголизации, ни к токсикоманическому поведению, ни к делинквентности эти подростки не склонны. Сенситивная акцентуация служит почвой для острых аффективных реакций интропунитивного типа, фобического невроза, реактивных депрессий, особой группой эндореактивных психозов (эндореактивной пубертатной анорексией, подростковой дисморфоманией).

### Психастенический тип

Представители данного типа характеризуются робостью, нерешительностью, тревожной мнительностью, склонностью к возникновению obsessions, моторной неловкостью, стремлением к размышлениям вслух и ранними интеллектуальными интересами.

Критическим периодом, когда психастенический характер проявляется почти во всей полноте, становятся начальные 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-либо из членов семьи. Тяга к сверстникам проявляется в робких формах — в подростковой группе места им обычно не находится.

Сексуальное развитие, как правило, опережает общее физическое. Нередко наблюдается интенсивный онанизм, который становится источником внутреннего «самоугрызения» и символических «самозапретов».

## Шизоидный тип

Наиболее существенными чертами подростков данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего мира, неспособность или нежелание устанавливать контакты, заниженность потребности в общении. Подростковый возраст является самым тяжелым для шизоидной психопатии. С наступлением полового созревания все черты характера проступают с особой яркостью. Вероятно, недостаток интуиции и неспособность к сопереживанию обуславливают то, что называют «холодностью» шизоидов. Их поступки могут казаться жестокими, но они связаны не с желанием получить садистическое наслаждение, как у эпилептоидов, а с неумением вчувствоваться в страдания других.

Шизоидные подростки могут долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному распорядку жизни, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир их интересов, фантазий, увлечений. Вместе с тем реакция эмансипации может легко оборачиваться социальной нонконформностью — негодованием по поводу существующих правил и порядков. Подобного рода суждения у них обычно долго и скрыто вынашиваются и неожиданно для окружающих реализуются в публичных выступлениях и решительных действиях.

Делинквентность, алкоголизация, суицидальное поведение при шизоидном типе характера встречаются нечасто, но если присутствуют, то в них явно выступают шизоидные черты. Н. И. Озерецкий (1932) отмечал, что шизоиды нередко выбирают воровскую профессию, требующую искусных навыков, но предпочитают воровать в одиночку. Шизоидные подростки, не будучи склонны к групповой делинквентности, все же могут совершать правонарушения «во имя группы». В одиночку совершаются ими и сексуальные правонарушения (экспозиционизм, сексуальная агрессия). Иногда делинквентному поведению и серьезному правонарушению предшествует прием в качестве «допинга» небольшой дозы алкоголя, но настоящее алкогольное опьянение для шизоидов нехарактерно.

## Эпилептоидный тип

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

В детстве дисфории проявляются капризами, стремлением специально изводить окружающих, хмурой озлобленностью. Рано могут обнаружиться садистические наклонности: 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 мрачной ревностью. Невинный флирт объекта влюбленности трактуется ими как тяжкое предательство. Эпилептоидные подростки склонны к сексуальным эксцессам, а их половое влечение сопряжено с садистическими, а иногда с мазохистическими стремлениями. Одной из нечастых, но ярких форм нарушения влечения является патологическая страсть к незавершенным самоудавлениям. Такие действия ошибочно трактуются окружающими как суицидные поступки.

Напряженность 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.

Серьезные трудности для анализа представляет склонность к суицидальному поведению таких подростков. Истинные суицидные действия у них крайне редки, чаще наблюдается демонстративное суицидальное поведение, носящее характер явного шантажа. В отличие от подобного суицидального поведения при истероидном типе такие действия чаще всего бывают спровоцированы наказаниями, которые подростками трактуются как несправедливые и окрашиваются чувством мести в отношении обидчика. Другой причиной суицидальных демонстраций бывает ревность к объекту влюбленности.

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

### Истероидный тип

Главная черта подростков этого типа — беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей персоне, восхищения, удивления. Кажущаяся эмоциональность оборачивается отсутствием глубоких, искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театральности. У таких подростков среди поведенческих проявлений истероидности, которые служат поводом для обращения к психиатру, на первое место следует поставить суицидные демонстрации, поэтому способы суицида выбираются только самые безопасные (порезы вен на предплечье, лекарства из домашней аптечки) или рассчитанные на то, что серьезная попытка будет пресечена 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 характера растущих людей, а также внутренних и внешних условий его формирования могут возникать ситуации, нарушающие нормальный ход развития личности в целом.

#### **4.2. ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПОДРОСТКОВ НА ВОЗДЕЙСТВИЯ СРЕДЫ**

Происходящие изменения личности подростков связаны с интенсивным половым созреванием, которое сопровождается возникновением часто неосознанного полового влечения, новых сексуальных переживаний. Перестройка гормональной системы часто становится причиной повышенной эмоциональной нестабильности: резкой смены настроений, переходов от эйфории к депрессии и от депрессии к экзальтации. Однако эмоциональные реакции и поведение подростков не могут быть объяснены лишь гормональными сдвигами. Они во многом зависят и от социальных факторов, и от 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 в подростковом возрасте. Это непостоянная и преходящая реакция, характеризующаяся избирательностью и направленностью. Протестные формы поведения возникают у подростков как ответ на обиду, на ущемление самолюбия и как недовольство требованиями или несправедливым отношением к нему близких.

Реакции протеста могут быть *пассивными* и *активными*. К пассивным 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, утрашение, ущемление самолюбия, эмоциональную депривацию, конфликтные ситуации 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 со склонностью к 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. В отдельных случаях реакция протеста закрепляется и впоследствии распространяется на взрослых вообще. Тогда подросток может проявить протестную реакцию в любой обстановке, и сила его реакции не будет соответствовать степени раздражения.

Подобными утрированными поступками такие подростки как бы вызывают о помощи. Они не умеют выразить это словами, так как словесная форма выражения эмоционального состояния вообще несвойственна подросткам, но призыв о помощи отчетливо звучит в каждом их негативном 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, сильно отличающиеся от домашних, в условия, где с ним чрезмерно строги, несправедливо наказывают его и где он лишен любви и заботы. Подросток переживает «потерю перспективы», испытывает чувство отчаяния, в его поведении отмечаются отсутствие стремления к контактам с окружающими, боязнь всего нового, непривычного, пассивность, отказ от обычных желаний и стремлений («отказ от притязаний»), аспонтанность, нередко бездумный характер ответов. В некоторых случаях все это может создавать впечатление умственной отсталости. Если ситуация меняется и подросток оказывается в благоприятных для него условиях, его поведение нормализуется.

**Реакция имитации** — это изменение поведения, связанное с подражанием поведению окружающих, авторитетных 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 понимают, что такое преступление, закон, тюрьма и все, что с этим связано, 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 изучены мало. Сюда могут относиться компенсаторные фантазии замещающего характера, компенсаторные игры, внешняя показная бравада, нарушение школьной дисциплины, самооговоры из стремления завоевать авторитет у сверстников 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 невротами.

**Реакция группирования со сверстниками.** Этот вид реакции проявляется в стремлении подростков образовывать более или менее стойкие группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения, имеются свои лидеры и исполнители, происходит более или менее естественное распределение ролей, в основе которых лежат индивидуальные особенности личности подростков. Склонностью подростков к группированию объясняют факт преобладания групповых правонарушений, совершаемых ими. Повышенная склонность к объединению в группы с асоциальными действиями — характерная черта подростков с так называемой педагогической запущенностью.

**Делинквентное (асоциальное) поведение.** Этим термином обозначают различные проступки, провинности, нарушение общественных норм поведения, мелкое хулиганство и мелкое воровство. От криминальных действий делинквентное поведение отличается незначительностью правонарушений и часто не влечет за собой мер уголовного наказания. Причинами такого поведения подростков обычно являются недостатки воспитания. Главная причина делинквентного поведения в подростковом возрасте — безнадзорность, отсутствие семейного контроля и внимания родителей. Многие из них — дети из неполных 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 подростка подавляют и контролируют, тем больше он хочет избавиться от внимания взрослых. Наперекор им он начинает поступать «по-своему», демонстрирует, что он уже «самостоятельный». Такая реакция естественна для этого возраста, и со временем она проходит. Крайние формы она приобретает при неправильном поведении родителей — если они его чересчур опекают или, наоборот, проявляют деспотизм и выдвигают требование беспрекословного подчинения. Если в младшем возрасте ребенок еще подчиня-

ется такому давлению родителей, то в подростковом возможны побеги из дома и бродяжничество.

**Побеги из дома.** Есть много причин побегов подростков: с ними плохо обращаются в семье, унижают или бьют; родители-алкоголики; сексуальное насилие со стороны отчима или отца. Побеги 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. Нередко побег из дома бывает после того, как подросток совершил проступок и боится наказания. Бывают побеги 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, занятия 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, чтобы выделиться среди сверстников, выбирают изысканные, необычные хобби. 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 подросток забрасывает школьные занятия и все свободное время отдает им. Бывает, что из-за своего увлечения подросток совершает противоправные действия (мелкое воровство, спекуляция или попрошайничество), нередко общается с асоциальными личностями.

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

**Малолетняя проституция.** Многие девочки после побега из дома становятся малолетними проститутками. Не имея возможности зарабатывать на жизнь, они часто попадают под влияние асоциальных личностей, которые приобщают их к пьянству и проституции. Бывает, что взрослый отрицательный лидер вовлекает девочек из неблагополучных семей в подростковую группу и «пускает по рукам», продает сутенерам или становится сутенером сам. Такие девочки безропотно соглашаются на это, не требуя ни денег, ни хорошего отношения, поскольку не видят для себя иного выхода, да и не ищут его. Обычно девочки этого возраста

сексуального влечения ни к своим сверстникам, ни к взрослым мужчинам не испытывают, так как раннее начало сексуальной жизни у них не связано с пробудившимся сексуальным влечением, как у мальчиков. Для них это работа, обыденное понятие. Многие из них не связывают ее с возможной беременностью, хотя у каждой из них часто бывает по несколько аборт и самопроизвольных выкидышей. Ни отвращения к сексуальным контактам, ни удовольствия от них они не испытывают. Большинство маленьких проституток курит, злоупотребляет алкоголем и наркотиками. У некоторых есть все признаки алкоголизма.

Обычно они не тягостятся своей ролью, не протестуют, когда их унижают и бьют, смиряются со всеми трудностями своей «профессии». Внешняя взрослость и жизненный опыт сочетаются у них с психической инфантильностью и примитивностью интересов.

В последние годы в России появилось много мальчиков, также занимающихся проституцией, так как спрос всегда рождает предложение. Почти все, сказанное о девочках-проститутках, свойственно и им.

Многие крайние нарушения поведения подростков (за исключением тяжелых психических заболеваний) вызваны неправильным поведением родителей. Часто родители не только не критичны к своим методам воспитания детей, но и винят прежде всего самого ребенка или его сверстников, которые «втянули его в плохую компанию».

Большинство вышеописанных поведенческих реакций (гиперкомпенсации, увлечения, эмансипации, группирования со сверстниками, имитации) свойственны подавляющему большинству подростков, но могут и не принимать крайние формы. Патологическим поведение становится тогда, когда реакции выходят за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли или проявились, и если они сопровождаются невротическими расстройствами и затрудняют или нарушают социальную адаптацию.

#### **4.3. ОСОБЕННОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТРУДНОСТЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ (КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ)**

Для формирования новых форм адаптации в подростковом возрасте особенно важное значение имеют психологические механизмы преодоления эмоционального стресса, или *копинг-механизмы*, которые определяют развитие различных вариантов поведения, приводящих к адаптации либо к дезадаптации индивида.

В контексте транзакциональной когнитивной терапии понятие «*копинг*», или «*преодоление стресса*», рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и внутренними ресурсами организма, удовлетворяющими этим требованиям. Целенаправленная поведенческая установка на устранение или уменьшение интенсивности воздействия стрессора на личность является активным *копинг-поведением*.

Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский (1994), исследуя копинг-поведение подростков, разработали три теоретические модели такого поведения.

**Модель активного адаптивного функционального копинг-поведения.** Для этой модели характерно сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активного начала, направленного *на разрешение проблем* и поиск социальной поддержки, с доминированием мотивации *на достижение успеха* над мотивацией избегания неудач и с готовностью к активному противостоянию среде.

**Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения.** Основные признаки данной модели характеризуются сочетанием в использовании как пассивных, так и активных базисных копинг-стратегий. При этом ведущей становится *копинг-стратегия поиска социальной поддержки*. Отмечается повышение удельного веса стратегий, не соответствующих возрасту (инфантилизм). Дефицит навыков активного использования *стратегии разрешения проблем* компенсируется заменой ее на *копинг-стратегию избегания неудач* либо фармакологическим механизмом реализации данной стратегии.

**Модель пассивного дисфункционального копинг-поведения.** Характеризуется преобладанием пассивных копинг-стратегий над активными, дефицитом социальных навыков разрешения проблем, интенсивным использованием *детских копинг-стратегий*, не соответствующих возрасту. В качестве ведущей используется копинг-стратегия с преобладанием мотивации на избегание неудач. Характерны неготовность к активному противостоянию среде, подчиненность ей при негативном отношении к проблемам и оценке их как угрозы. Преобладает псевдокомпенсаторный, защитный характер поведения.

Подростковый период является не только периодом нарушенного равновесия, но и транзитивным (переходным) периодом, в котором формируются направления последующих форм адаптации и развития, периодом активного формирования механизмов преодоления стресса.

Выделяют следующие **виды копинг-ресурсов:**

- физические (здоровье, выносливость и т. д.);
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль и т. д.);
- социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки).

Подростковый возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям, таким как делинквентность, агрессивное поведение, проживание в особой субкультуре, наркомания, суициды. В подростковом возрасте особенно сложно определить, является то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае так называемых кризисов взросления, которые могут со временем полностью компенсироваться.

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

***Психосоциальные стрессоры семьи:***

- любой длительный конфликт между родителями-супругами;
- конфликт между супругами в сфере воспитания;
- длительный период развода и связанное с ним психологическое напряжение;
- недостаточное использование внешних ресурсов для развития ребенка;
- враждебное или оскорбительное отношение к ребенку;
- неадекватный родительский контроль, неустойчивый стиль воспитания;
- требование от ребенка жесткой дисциплины;
- 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;
- длительное пребывание в квартире чужих людей или частая смена различного окружения семьи;
- низкий материальный уровень семьи.

***Психосоциальные стрессоры, связанные с особенностями ребенка:***

- нарушение когнитивных функций;
- невосприимчивость к школьным навыкам;
- неспособность к обучению в обычной школе.

У подростка происходят большие перемены — и в жизни, и в организме, на которые он реагирует выработкой определенной системы запретов и предписаний на основе своих личностных особенностей и жизненного опыта. Если у ребенка на предыдущих этапах развития имели место тягостные состояния фрустрации, 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 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. В переходном возрасте меняется характер отношений со сверстниками и родителями; обостряются проблемы зависимости-независимости. Круг друзей, в том числе противоположного пола, расширяется. Мальчики и девочки ходят на свидания, идет подготовка к сексуальным отношениям. Позже возникают пары, которые отделяются от компании. Дружба становится теснее и продолжительнее. Нарастает тенденция к

установлению связей в референтной группе вне дома. Подростки все больше времени проводят со сверстниками.

В подростковом возрасте когнитивные возможности расширяются, подросток становится способным к генерированию и исследованию гипотез и абстрактному мышлению.

Выделяют несколько задач, которые подростку необходимо осуществить 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, устанавливающая гетеросексуальные отношения;
- многие решения следует принимать независимо от родителей;
- морально-ценностные установки становятся зрелыми;
- жизненная перспектива — широкомасштабной и продолжительной по времени (выбор специальности, образовательной стратегии и т. п.).

Говоря о подростковом периоде с позиции психологии развития, необходимо четко понимать следующее:

а) не существует какого-либо определенного класса подростков. Можно выделить «идеальный» тип и вариант статистической нормы, но и индивидуальные различия очень велики;

б) процесс развития не совсем упорядочен и имеет нелинейный характер, скорее это движение по спирали, с подъемами и временными спадами;

в) неравномерность развития наблюдается не только у подростков, но 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 к злоупотреблению наркотиками и другими психоактивными веществами и как следствие — к заражению ВИЧ-инфекцией.

В последнее время исследования различных форм преодоления стресса становятся основой разработки программ профилактики различных заболеваний, в том числе зависимости от психоактивных веществ (наркозависимости) и ВИЧ/СПИД-инфекции. Концепция копинга является одной из центральных в современной теории стресса, а умение успешно преодолевать стресс рассматривается

как основной фактор, помогающий человеку эффективно справляться с негативными воздействиями стрессовых ситуаций.

К *копинг-ресурсам*, помогающим справиться со стрессогенными ситуациями, относятся:

— *ресурсы личности* (Я-концепция; интервальный локус контроля; ресурсы когнитивной сферы; аффиляция; эмпатия; позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, вере; духовность; ценностная мотивационная структура личности);

— *ресурсы социальной среды* (окружение, в котором живет человек; умение находить, принимать и оказывать социальную поддержку).

Из вышеизложенного можно сделать вывод о том, что в подростковом возрасте очень важно удовлетворение **базовых фундаментальных потребностей**:

- в любви, признании, самоидентификации и самоуважении (духовных);
- в познании и понимании; эстетических (когнитивных);
- в красоте, в порядке (эстетических);
- потребностей в эмоциональном и моторном самовыражении (экспрессивных).

Не удовлетворив их, подросток не может перейти к потребностям 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. Недооценка особенностей, свойственных подростку, может привести к тому, что в этот сложный период, когда ребенка преследует масса трудностей в связи с новым уровнем осознания себя и окружающего мира и в связи с другими проблемами данного возраста, подросток может остаться с этими трудностями один на один. Последствиями такой ситуации часто становятся асоциальное поведение, алкоголизм и наркомания, ВИЧ/СПИД, аутоагрессия, психопатические черты характера и т. д.

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

Очень важно, чтобы в этот период в семье царил доверие и уважение к мнению каждого ее члена. Только в этом случае ребенок не станет искать поддержки вне семьи, не попадет под влияние групп сверстников, которые в свою очередь могут стать причиной приобщения к различным видам отклоняющегося поведения, в том числе к употреблению наркотиков и к связанному с ним риску заражения ВИЧ/СПИДом.

## Контрольные вопросы и задания

1. Подростки каких типов акцентуаций характера наиболее склонны к поведенческим девиациям, наркозависимому поведению, а значит, к заражению ВИЧ/СПИДом?
2. Дайте характеристику наиболее распространенных поведенческих реакций подростков на психотравмирующую ситуацию, связанную с ВИЧ-инфицированием: его и сверстников из его окружения.
3. Опишите особенности копинг-поведения подростков на стрессовые ситуации.
4. Какие подростки могут быть отнесены к группе риска по ВИЧ-инфицированию?

## НАРКОМАНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА И ПРИЧИНА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

### 5.1. ФАКТОРЫ РИСКА НАРКОТИЗАЦИИ

Россия, где число потребителей инъекционных наркотиков превышает 3 млн человек, остается одной из наиболее уязвимых в отношении распространения пандемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Азии стран.

В большинстве регионов России в 72% случаев ВИЧ-инфицирование явилось результатом внутривенного употребления наркотиков. Поэтому в данной главе мы остановимся на основных факторах риска злоупотребления психоактивными веществами среди подростков и методах защиты от их воздействия, определим некоторые основные понятия.

**Психоактивные вещества (ПАВ)** — это химические и фармакологические средства, которые воздействуют на психические процессы, например когнитивную (связанную с умственными процессами) или аффективную (связанную с настроениями, чувствами, переживаниями) сферы.

Употребление психоактивных веществ сопровождается изменением психического и физического состояния человека. Важной характеристикой таких веществ является присущая им способность вызывать у употребляющих их болезненное пристрастие, привыкание и зависимость.

Понятие «психоактивные вещества» (ПАВ) является более широким по сравнению с понятием «наркотики». Последний термин используется для обозначения запрещенных действующим законодательством наркотических средств. К психоактивным веществам кроме наркотиков относятся алкоголь, никотин, некоторые токсические вещества (средства бытовой химии, лекарственные средства), не внесенные в официальный список запрещенных наркотических веществ.

**Злоупотреблением психоактивными веществами** называется их неоднократное и неадекватное использование, сопровождающееся вредными физическими или психологическими эффектами и наносящее ущерб физическому и психическому состоянию, правоспособности и социальному положению как потребителя ПАВ, так и людей созависимых, т. е. испытывающих воздействие данного потребителя.

Следует отметить, что термины «**злоупотребление психоактивными веществами**» и «**наркозависимость**» в отечественной научно-популярной и методической литературе часто используются как синонимы. При этом обычно термином «наркозависимость» обозначают не только собственно зависимость от наркотиков, но и широкий спектр нарушений, связанных с зависимостью от различных психоактивных веществ.

Психологическая, или психическая зависимость является серьезным нарушением мотивационно-потребностной сферы и подразумевает снижение контроля над употреблением алкоголя, наркотиков и других ПАВ, чрезмерную привязанность к ним, характеризующуюся смещением направления активности личности почти исключительно на вопросы, связанные с их потреблением. Эмоции являются центральной частью психической зависимости, «фактически человек зависит не от того или иного препарата, а от эмоций... Чем сильнее эмоция, тем сильнее зависимость...» (В. Качалов, 2002).

Физическая, или физиологическая, зависимость включает *толерантность* — снижение реакции на воздействие дозы наркотического вещества, при котором для достижения эффекта, первоначально возникавшего после меньших доз, требуется увеличение дозы алкоголя или других ПАВ, и *состояние отмены* — «ломки» — «группу симптомов различного сочетания и тяжести, возникающих при прекращении или уменьшении употребления психоактивного вещества» («Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным веществам», 1996).

Под *факторами риска* понимаются условия, предрасполагающие к употреблению психоактивных веществ и формированию наркомании. Поскольку злоупотребление ПАВ может рассматриваться как частный случай девиантного поведения, факторами риска его возникновения являются факторы риска формирования любой поведенческой девиации.

Совокупность факторов риска злоупотребления психоактивными веществами имеет многоуровневую структуру. Экспертами Всемирной организации здравоохранения разработана обобщенная классификация факторов риска наркотизации в зависимости от уровня их проявления.

Выделяют четыре уровня проявления факторов риска:

- биофизиологический (включая психопатологические факторы риска);
- индивидуально-психологический (включая патопсихологические факторы риска);
- микросоциальный;
- макросоциальный.

К медико-биологическим факторам риска различные исследователи относят:

- генетические или наследственные факторы;
- врожденные или приобретенные нейрофизиологические, нейрохимические, энзимные, морфологические особенности организма;
- соматические, психопатологические расстройства;
- собственно наркогенные свойства психоактивного вещества (см. табл. 8, с. 78).

При рассмотрении вопроса об индивидуально-психологических факторах риска приобщения к употреблению ПАВ специалисты, работающие в области профилактики, в основу большинства классификаций кладут понятия «*предрасположенность*» и (или) «*склонность*».

**Основные биологические факторы риска и связанные с ними психофизиологические предпосылки злоупотребления ПАВ**

<b>Основные биологические факторы риска</b>	<b>Психофизиологические предпосылки злоупотребления ПАВ</b>
Генетическая предрасположенность	наличие у несовершеннолетнего отца, матери, брата или сестры, больных алкоголизмом или наркоманией; наличие алкоголизма или наркомании у более отдаленных родственников
Нейрофизиологические и нейрохимические особенности	выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария головного мозга; снижение или полное отсутствие волны Р300 коркового вызванного потенциала; истощенность нейромедиаторных систем; степень изначальной толерантности
Психопатологические факторы	психические расстройства и заболевания; депрессивные расстройства; маниакальные расстройства; амотивационные расстройства; патология волевой деятельности, конвульсивность; синдром нарушения внимания, гиперактивность

Под предрасположенностью понимается возможность проявления тяги к употреблению психоактивных веществ при наличии соответствующих благоприятных условий. Предрасположенность не означает сформированности мотива. Она определяется генетическими, биологическими и психопатологическими факторами. И, как уже отмечалось ранее, наиболее глубоко эта проблема изучается специалистами медицинской сферы.

В свою очередь, склонность — это мотивированное влечение, внутренняя психологическая готовность к употреблению ПАВ, т. е. изначальная обусловленность процесса наркотизации различными психологическими и патопсихологическими причинами. Проблемы данного уровня развития личности в большей мере входят в компетенцию специалистов учреждений образования.

Именно образовательная среда имеет наибольшие возможности влияния на процесс воспитания и развития ребенка, поэтому работники данной сферы несут основную ответственность за предупреждение приобщения несовершеннолетних к наркотизации и за воспитание здоровой личности в целом. Специалисты образовательных учреждений должны адекватно воспринимать и оценивать индивидуально-психологическое своеобразие каждой развивающейся личности, способствовать ее гармоничному развитию и предупреждать возможные отклонения в поведении, одним из которых может стать приобщение к употреблению психоактивных веществ.

Ранее отмечалось, что основное внимание специалисты уделяют изучению особенностей подросткового возраста как наиболее уязвимого в отношении возникновения тяги к употреблению психоактивных веществ.

Основные факторы риска приобщения к употреблению психоактивных веществ в различных личностных сферах представлены в таблице 9.

*Таблица 9*

**Основные индивидуально-психологические факторы риска приобщения к ПАВ в подростковом возрасте**

<b>Сферы личности</b>	<b>Основные факторы риска в подростковом возрасте</b>
Поведенческая	гипертрофированные поведенческие реакции; недостаток самоконтроля над поведением; неспособность к межличностному общению; чрезмерная критичность и агрессивность в отношении окружающих; неспособность к самостоятельному принятию решений; склонность к рискованному поведению; привычка уклоняться от жизненных трудностей; неадекватные стратегии копинг-поведения; личный опыт проб ПАВ
Мотивационно-потребностная	неадекватное удовлетворение подростком потребностей; любопытство; повышенная потребность в поиске ощущений; расторможенность сферы влечений; разрыв между сформировавшимся высоким уровнем притязаний и возможностью их реализации

Эмоциональная	<p>стремление к уходу от агрессивных переживаний;          низкая фрустрационная толерантность;          тревожно-мнительные черты характера;          частое и длительное пребывание в депрессивных состояниях;          длительное пребывание в стрессовых ситуациях;          гедонистическая установка по отношению к ожидаемым эмоциональным переживаниям;          стремление избегать нежелательных эмоциональных состояний и скуки;          несформированность чувства привязанности;          алекситимия</p>
Характерологическая	<p>акцентуации характера (неустойчивый тип, эпилептоидный тип, гипертимный тип и др.)</p>
Когнитивная	<p>проблема интересов;          низкий интеллектуальный уровень;          высокий интеллектуальный уровень</p>
«Я-концепция»	<p>проблемы с самоидентификацией;          низкая самооценка;          отсутствие самоуважения;          комплекс неполноценности</p>
Духовная	<p>проблемы самоопределения личности</p>

Важно отметить, что по результатам многочисленных исследований первоначальный прием психоактивных веществ в большинстве случаев носит психологический характер. Многие подростки пытаются разными способами, в том числе и изменением сознания за счет ПАВ, освободиться от чувства беспокойства, неудовольствия, усталости, неуверенности и скуки, которые в силу тех или иных жизненных обстоятельств могут возникнуть у любого человека.

Описанные разными авторами индивидуально-психологические факторы риска приобщения к употреблению психоактивных веществ у несовершеннолетних во многом совпадают. Вероятно, они наиболее существенны и представляют

собой своеобразное ядро, которое в свою очередь может стать целью корректирующего (исправляющего) психопрофилактического воздействия. При этом важно иметь в виду, что фактором риска наркотизации может быть как одно какое-либо свойство личности (часто неадекватная тревожность), так и совокупность свойств. Например, признаком фактора риска являются нарушенные коммуникации. При этом личность, возможно, обладает такими свойствами, как одиночество, агрессивность, повышенный психотизм и т. д.

Одновременно с этим следует помнить о том, что у большинства детей в подростковом возрасте, особенно если этот период развития протекает с осложнениями, отмечается ряд отрицательных личностных характеристик, но это далеко не всегда приводит к употреблению ПАВ.

Следовательно, в профилактической работе с несовершеннолетними специалистам важно иметь представление о психологических и возрастных особенностях личности подростка, о возможных искажениях в его различных личностных сферах, приводящих к употреблению подростком ПАВ, и с учетом знания о факторах риска наркотизации способствовать развитию гармоничной и психологически зрелой личности.

### **5.1.1. Социальные факторы риска наркотизации**

Рассмотрение основных причин, приводящих к приобщению подростков к употреблению ПАВ, невозможно без учета социальных факторов риска наркотизации.

При анализе социальных факторов необходимо учитывать их проявление на микро- и макросоциальном уровнях жизнедеятельности человека.

**Микросоциальный уровень** включает в себя в первую очередь рассмотрение отношений внутри семьи как основного социального института, а затем взаимоотношений человека со средой в образовательном учреждении и в сфере досуга, проявляющиеся не только в иерархических отношениях «ребенок — взрослый», но и во взаимоотношениях как внутри групп сверстников, так и между группировками несовершеннолетних.

**Макросоциальный уровень** отражает функционирование общества в целом, от малых субкультур внутри государственно-территориальных образований до государственного, межгосударственного и уровня всего мирового сообщества.

Семейные факторы риска приобщения несовершеннолетних к ПАВ следует рассматривать, с одной стороны, как следствие нарушения семейных взаимоотношений, повышающего риск первых проб ПАВ (табл.10); с другой стороны, не следует забывать и о проблеме *созависимости*, «фиксирующей» наркотизацию.

**Нарушения семейных взаимоотношений, повышающие риск  
приобщения к употреблению ПАВ**

Область проявления фактора	Факторы риска
Реализация семейных функций	<p>отсутствие согласованных семейных ценностей и целей, ясных социальных норм и правил;</p> <p>насилие в семье;</p> <p>снижение функции социального контроля и неадекватные формы ее реализации, в том числе в связи с аддиктивным и антисоциальным поведением родителей;</p> <p>нарушение эмоциональных отношений, неуважительные, взаимоотвергающие отношения в семье;</p> <p>невовлеченность членов семьи в жизнь друг друга, отсутствие общих интересов, увлечений и т. д.</p>
Супружеские взаимоотношения	<p>затяжные, стойкие конфликты между родителями;</p> <p>преодоление родителями разногласий между собой через реализацию различных форм аддиктивного поведения («заключение мира» в процессе совместного распития спиртного, уход в работу, гемблинг и т. п.)</p> <p>втягивание ребенка в супружеские конфликты:</p> <p>использование его в качестве аргумента при выяснении отношений;</p> <p>несогласованность родительских позиций</p>
Взаимоотношения родителей и детей	<p>расширение сферы родительских чувств;</p> <p>предпочтение в подростке детских качеств;</p> <p>проекция на ребенка нежелательных качеств;</p> <p>неразвитость родительских чувств;</p> <p>гиперпротекция и гипоопека;</p> <p>недостаточность требований, предъявляемых к подростку;</p> <p>неустойчивость и противоречивость стиля воспитания;</p> <p>конфликтность, отсутствие доверия и сотрудничества;</p> <p>директивность и вспыльчивость;</p> <p>низкий авторитет родителя в глазах подростка;</p> <p>чрезмерная концентрация родителей на ребенке или безразличие к нему;</p> <p>недостаточная или патологическая привязанность</p>

Проблемные семьи нередко порождают проблемных детей. Стресс, бедность, насилие, психологические травмы ведут к разрозненности, замкнутости, низкому уровню терпимости. В результате дети, как менее защищенные и физически, и психологически и более зависимые материально, чаще испытывают насилие и пренебрежительное отношение к себе.

Микро- и макросреда в районах с высоким уровнем безработицы, употребления психоактивных веществ, насилия оказывает резко негативное воздействие на поведение подростков. Как более уязвимые к социальным факторам риска, они начинают употреблять наркотики и заниматься рискованным сексом.

На семейную жизнь может иметь негативное влияние тяжелая работа и усталость от нее. Когда у родителей длительный и трудный рабочий день, у них не хватает времени ни на себя, ни на детей. Стрессы влияют на отношения внутри семьи негативно на любом социальном уровне.

Если в семье, где растет ребенок, нормой являются постоянно напряженная атмосфера, алкоголизм и насилие, то при взрослении он, как правило, повторяет поведение родителей. Многие люди с алкогольной и наркотической зависимостью воспитывались в семьях, где взрослые злоупотребляли психоактивными веществами и часто имело место насилие над домашними. Иногда именно члены семьи первыми предлагают детям попробовать марихуану, алкоголь или сделать первую инъекцию наркотиков.

Физическое и сексуальное насилие над детьми и пренебрежение родительскими обязанностями часто ведут к опасному сексуальному поведению, употреблению в подростковом возрасте и в молодости наркотиков. Исследование жизни людей, проходивших метадоновую программу, показало, что 36% из них пережили сексуальное насилие в детстве, 60% — физическое насилие, 57% — эмоциональное насилие, 66% страдали от пренебрежения и 25% — от всех четырех факторов. Люди, пережившие насилие, чаще занимаются рискованным сексом, у них больше сексуальных партнеров, люди, которыми в детстве пренебрегали, чаще оказываются ВИЧ-инфицированными.

Семья играет едва ли не главную роль в гармоничном развитии личности и ее адекватном психическом состоянии. Злоупотребление психоактивными веществами и зависимости различных членов семьи, дискриминация, маргинальный образ жизни — все эти факторы влияют на психическое здоровье, а также на риск заражения ВИЧ-инфекцией.

Родители должны осознавать тесную связь между психическим здоровьем, социальными факторами и способностью человека заботиться о своем здоровье. Им следует учиться видеть и чувствовать психологические проблемы своих детей и знать, как их решать. Они должны быть готовы поддержать своего ребенка в трудный момент, помочь ему преодолеть трудности, а при необходимости посещать с ним специализированные службы, где ему могут оказать помощь в связи с психическими проблемами, связанными, например, с пережитым насилием.

В отличие от взаимоотношений в семьях несовершеннолетних группы риска вообще для семей группы наркозависимых подростков характерно наличие сформировавшихся нарушенных стилей родительского отношения по типу *гиперпротекции* или *гипоопеки*. Для таких семей характерными являются манипулятивный стиль отношения подростка к матери и нарушение эмоциональной дистанции между ними.

Психиатры считают, что в результате совместной жизни с наркоманом его родственники зарабатывают себе настоящую психическую патологию, которая в свою очередь вызывает другие болезни. (С. В. Березин, 2001). В настоящее время для описания психического состояния, развивающегося у членов семьи химически зависимого пациента (наркомания, алкоголизм, токсикомания и др.), широко используется термин *«созависимость»*.

Выделяют следующие стадии деструктивной адаптации семьи к наркотическому поведению подростка (В. Д. Менделевич, 2003):

**Ранняя стадия** — отрицание проблемы в надежде на улучшение поведения, исчезновение зависимости. Члены семьи испытывают чувство вины за поступки зависимого от наркотиков и алкоголя, происходит самоизоляция семьи от общества.

**Средняя стадия** — преобладание у членов созависимой семьи чувства горечи, враждебности, презрения. Однако они по-прежнему скрывают алкогольное и наркотическое поведение зависимого и его последствия.

**Заключительная стадия** — появление у членов семьи психосоматических неврологических симптомов либо формирование алкогольной или наркотической зависимости. Часто созависимые члены семьи эмоционально отстраняются от зависимого, угрожают выгнать его из дома и прекратить всяческие отношения с ним и т. д.

Таким образом, одной из актуальных задач является своевременное выявление проблемных семей с целью проведения с ними соответствующей профилактической работы. Приоритетными направлениями при работе с семьями по снижению вероятности формирования наркозависимости у подростков группы риска являются:

- коррекция имеющихся нарушений в сфере взаимоотношений между родителями и детьми;
- профилактика созависимости, которая выступает в качестве подмены истинно близких отношений между матерью и ребенком;
- информирование членов семьи о причинах и последствиях употребления ПАВ и формирование у них адекватного отношения к проблеме.

Семья играет очень важную роль в защите ребенка от опасного поведения. Откровенное обсуждение вопросов, связанных с профилактикой ВИЧ/СПИДа, между родителями и детьми позволит последним усвоить безопасные пути поведения лучше чем что бы то ни было.

Напоминаем, что основными факторами риска заражения ВИЧ-инфекцией для детей и подростков являются их приобщение к употреблению наркотических

веществ и раннее начало половой жизни. Значит, родители должны сделать все, чтобы уберечь своего ребенка от подобных нарушений в поведении.

С этой целью родители не должны закрывать глаза на существование проблемы наркомании и раннего начала половой жизни современными детьми и подростками. Они должны быть хорошо осведомлены в том, что такое наркотики; какие виды наркотических веществ существуют и какие из них преобладают в том регионе, где проживает семья; как развивается зависимость; как выглядят наркотикующиеся; что делать, если близкий человек — наркоман; а также — что очень важно — как и когда начинать говорить с ребенком о сексе.

### **5.1.2. Факторы риска наркотизации у подростков, связанные со школой, досугом и сверстниками**

Все большее значение в проблеме приобщения детей к психоактивным веществам приобретают условия, связанные с пребыванием детей в образовательном учреждении. Школьная (образовательная) среда, являясь одним из основных мест жизни ребенка, служит для него моделью социума, микромира и зачастую становится фактором, способствующим формированию аддиктивного поведения, а иногда и возникновения зависимости от психоактивных веществ.

Ребенок с 6—7 лет проводит в школе большую часть своей жизни, в ее стенах происходит его переход из одного возрастного периода в другой, формирование личности, самосознания. Особенно велика роль школы в первые годы обучения. Согласно данным выборочных исследований, в начальных классах выявляется 25—30% детей с проблемами школьной адаптации, выраженными отставанием в успеваемости, нарушениями поведения и сложностями в межличностных отношениях.

По мнению экспертов, в последние десятилетия школа все более утрачивает влияние на формирование личности детей и подростков. Сегодня школа еще в какой-то степени сдерживает наркотизацию молодежи, так как у большинства первая проба ПАВ происходит за ее пределами, среди друзей и знакомых по общим интересам, досугу или по месту жительства. По данным российских социологов, образовательное учреждение стало местом первой пробы наркотика лишь для 17,5% молодежи, тогда как дискотека или другие неформальные собрания — для 19,9 и 30,8% молодежи соответственно. Распространение наркотизации школа остановить не может, ибо сама находится в кризисе, вызванном прежде всего сменой системы ценностей и связанным с этим ослаблением мотивации молодежи к получению знаний, что значительно снижает в ее глазах авторитет и значимость школы.

Пример старшего поколения, а часто и собственных родителей, многие из которых вчера получили образование достаточно высокого уровня, а сегодня вдруг оказались за чертой бедности, — не лучший стимул к напряженному труду по овладению знаниями. Поэтому для многих детей и подростков школа утратила значение места реализации их социальных запросов, а вместе с отмиранием ее

контролирующей функции ослабла и ее профилактическая роль. Сегодня еще более или менее срабатывают остатки советской системы воспитания, в чем-то консервативной, но препятствующей окончательной наркотизации детей и подростков. Однако и этот фактор исчерпывается, молодежь становится свободнее, раскованнее и легче поддается негативным воздействиям внешней среды.

К факторам риска данной социальной сферы можно прежде всего отнести употребление ПАВ в образовательных учреждениях. Лояльное, попустительское отношение педагогического коллектива и администрации образовательного учреждения к употреблению психоактивных веществ как учениками, так и педагогами в пределах школы (училища, колледжа) создает у учащихся представление о допустимости и даже желательности подобного поведения.

Раннее асоциальное поведение в образовательном учреждении также можно отнести к факторам, имеющим влияние на отношение подростка к ПАВ в будущем, на его асоциальное поведение в более зрелом возрасте. Имеются данные, отмечающие особую значимость для возможного приобщения ребенка к ПАВ отклонений в его поведении, таких как агрессивность или, наоборот, чрезмерная робость и застенчивость.

Хроническая академическая неуспеваемость, особенно начавшаяся в младшей школе, положение отстающего ученика приводят к появлению у него чувства неполноценности, ущербности. Часто ребенок пытается компенсировать свои неудачи в школе за счет самоутверждения за ее пределами, порой прибегая к асоциальным видам деятельности, в том числе употреблению психоактивных веществ.

Конфликтные отношения с педагогами и сверстниками, недоброжелательный климат в школе также можно считать предрасполагающим фактором развития наркотизации в подростковом возрасте. Отсутствие конструктивных отношений, контактов с учителями и одноклассниками приводит к тому, что образовательное учреждение, вместо того чтобы быть для ребенка местом самореализации и самоактуализации, становится источником постоянного стресса. В этих условиях возможно использование ребенком или подростком дезадаптивных моделей борьбы со стрессом, в частности употребление ПАВ.

Частая смена школы, обычно связанная со сменой местожительства, приводит к тому, что ребенок плохо адаптируется в новом коллективе, не успевает приобрести друзей, не может реализоваться в среде одноклассников.

Неспособность справиться с общественными задачами, профессиональная несостоятельность, пассивность вызваны неспособностью учителей применять знание курса возрастной психологии на практике. А чрезмерное взваливание на плечи подростка общественных нагрузок, вызывающих у него неприятие и дискомфорт, может привести к отстранению ученика от жизни класса, к избеганию общественных мероприятий, заставляет его обращаться за пониманием в уличные и дворовые компании.

Частые пропуски, прогулы занятий, пусть даже по болезни, приводят к тому, что ребенок, во-первых, перестает успевать по школьным предметам, что со вре-

менем приводит к формированию у него хронической неуспеваемости, а во-вторых, выключает ребенка из жизни класса, и тогда он стремится реализовывать свои потребности в общении не в школьном коллективе, а в каком-либо неформальном подростковом объединении.

Если позиция школы в отношении наркотиков и других психоактивных веществ не определена, то и учащиеся относятся к ним как к чему-то обыденному, норме жизни. Попустительское отношение учителей к курению на территории школы неизбежно приводит к увеличению числа потребителей психоактивных веществ как среди учащихся, так и среди педагогов.

Школьный персонал имеет, как правило, очень нечеткое, размытое, а иногда и попросту ложное представление о социальных проблемах — наркотизации, приобщения подростков к ПАВ, зависимости от наркотиков, реабилитации зависимых. Учителя не знают юридических аспектов проблемы, прав и обязанностей как своих, так и учащихся. Это приводит к тому, что персонал образовательного учреждения, не способный решить уже существующие проблемы, связанные с ПАВ, не может предотвратить и возможные. Во многих образовательных учреждениях имеет место теоретическая и практическая неподготовленность школьного персонала к решению этих проблем.

Естественно, что в школах, где наркотики более доступны, куда продавцы и распространители алкоголя и наркотиков имеют свободный доступ, существует более высокий показатель употребления ПАВ среди учащихся. Поэтому доступность наркотиков и алкоголя в школе также можно рассматривать как фактор риска приобщения подростков к ПАВ.

Следовательно, школа является главным объектом, где должны быть сосредоточены основные усилия специалистов, занимающихся профилактикой приобщения несовершеннолетних к ПАВ. Описанные выше факторы риска, связанные с образовательным учреждением, должны не просто учитываться при составлении профилактических программ, целевой группой для которых являются дети и подростки, а служить исходной установкой на стадии их разработки и в процессе практической реализации.

Влияние микросоциальной среды в виде группы на приобщение молодежи к наркотикам эксперты относят к числу очень значимых факторов риска. Как правило, первая проба ПАВ проходит в среде хороших знакомых и часто под их влиянием. Групповое влияние, переходящее в групповое давление, часто оказывает решающее воздействие на продолжение экспериментирования с наркотиками с дальнейшим привыканием к ним. На определенном этапе социализации групповое взаимодействие становится одним из ведущих механизмов формирования личности. Этим объясняется тяга подростка к группе, значимость для него принятых в ней норм и правил, способность группы подчинять себе волю и интересы своих членов, диктовать им формы поведения. Уменьшить негативное воздействие группы удается далеко не всегда. Зависимость ребенка или подростка от нее тем выше, чем меньше количество групп, в жизне-

деятельность которых он включен. Исчезновение прежнего многообразия общедоступных кружков, секций, студий, пионерских организаций и лагерей и многого другого, с одной стороны, повысило в глазах подростков значимость оставшихся неформальных, в том числе асоциальных и криминальных групп и объединений, а с другой — значительно сократило возможность формировавшего позитивную направленность личности группового взаимодействия на основе социально одобряемых или хотя бы социально приемлемых видов деятельности.

В силу возрастных психологических особенностей в подростковом возрасте роль сверстников начинает значительно превосходить и семью, и другое окружение, ранее столь важное для ребенка.

В качестве наиболее значимых факторов риска наркотизации на микросоциальном уровне исследователи выделяют следующие:

— наличие в ближайшем окружении ребенка или подростка лиц, употребляющих ПАВ, или лиц с девиантным поведением является одним из наиболее важных индикаторов, указывающих на возможность употребления наркотиков подростком, независимо от того, имеют место другие факторы риска или нет. Постоянный контакт с психоактивными веществами, пребывание в среде потребителей ПАВ изменяет отношение подростка к наркотикам, создает представление о них как об обыденных, повседневных явлениях жизни. К тому же подобное окружение может сформировать у ребенка установку на асоциальное поведение, неприятие здорового образа жизни;

— одобрение наркотизации в ближайшем окружении ребенка, наркотизированный микросоциум зачастую является фактором, сводящим на нет все профилактические усилия, предпринимаемые педагогами. Когда алкоголь и наркотики ассоциируются у подростка с хорошо проведенным временем, праздником, когда их употребление культивируется родственниками и знакомыми, вероятность приобщения такого подростка к ПАВ значительно возрастает;

— отчуждение как результат конфликтных отношений со сверстниками препятствует реализации потребности в эмоциональном общении, ограничивает возможности самореализации, самоутверждения. Все это может подтолкнуть подростка к неформальным группировкам, ведущим социально неприемлемый образ жизни, потребляющим психоактивные вещества;

— подросток, не принятый детским коллективом, принадлежащий к «отверженным» или к тем, кто находится в контакте с ними, ощущает постоянное одиночество, испытывает психологический дискомфорт. Такие дети являются группой риска злоупотребления ПАВ. Социально изолированные или отвергаемые сверстниками дети гораздо чаще бывают психически нездоровыми (психологически неблагополучными);

— сфера досуга занимает значительное место в жизни современной молодежи и справедливо относится к основным микросоциальным факторам, влияющим на возможность приобщения к наркотикам.

Хорошо известно, что структура досуга современных подростков существенно изменилась, их свободное время характеризуется доминированием культурно-потребительского, развлекательного типа поведения. Учреждения культуры и спорта становятся все менее доступными для большинства школьников, при опросах недоступность из-за их дороговизны отмечают от 30 до 40% старшеклассников. Подростки постепенно теряют навыки досугового общения, развитие шоу-бизнеса ведет к преобладанию пассивных форм отдыха. По данным социологов, более половины подростков не осознают своих досуговых потребностей.

По данным социологических исследований (Ф. Э. Шереги, 2003), 70% подростков и молодежи организует свой досуг, встречаясь с друзьями, прослушивая музыку, просматривая кино- и видеофильмы. До 34% — посещают дискотеки, читают книги, занимаются спортом, играют или работают на компьютере, занимаются домашним хозяйством. Значительно меньшая доля (до 15%) тех, кто ходит в кино, на выставки, выезжает на природу. Такое же количество (15%) можно назвать социально отчужденными: они не входят в состав неформальных групп, не общаются со сверстниками. В данную категорию входит почти 5 млн человек в возрасте 11—24 лет, и она требует пристального внимания со стороны общества.

Одним из наиболее популярных среди молодежи видов досуговой деятельности является компьютер, а точнее — компьютерные и интернет-игры. Часто «всемирная паутина» становится для молодых людей источником информации о наркотиках, возможности их приобретения и потребления. К сожалению, приходится констатировать, что в Интернете существует множество сайтов, откровенно пропагандирующих наркокультуру, на них подростки, интересующиеся наркотиками или употребляющие их, могут не только общаться друг с другом, но и получать квалифицированные советы «специалистов». Кроме того, компьютер сам по себе может служить источником возникновения зависимости. Сегодня появляется все больше родителей, обращающихся за помощью по поводу игровой или интернет-зависимости у их детей.

Еще одна популярная форма досуга — просмотр кино- и телепередач. Сегодня телеиндустрия — мощнейшее средство формирования у молодого поколения жизненных ценностей и установок, поэтому к нему часто прибегают в целях пропаганды, в том числе и наркотиков. Подавляющее большинство фильмов, демонстрирующихся на наших экранах, — иностранного, в частности американского, производства, причем далеко не лучшего качества. В России демонстрируются даже те фильмы, которые во многих странах по морально-этическим соображениям запрещены, так как содержат откровенные сцены жестокости, насилия, секса, употребления наркотических веществ.

Сегодня идет процесс приобщения культурно-досуговой сферы российской молодежи к распространенным в мире модным культуральным течениям, вклю-

чающим, помимо всего прочего, и потребление наркотиков, что, несомненно, является одним из значимых факторов риска.

Обобщая все вышесказанное, необходимо обратить внимание на то, что социальная сфера жизни современного подростка играет огромнейшую роль в формировании его как личности, она способна провоцировать, обострять уже имеющуюся предрасположенность к потреблению психоактивных веществ, являться фактором риска в случае ее негармоничности и ущербности, являться барьером для даже самых позитивных и грамотных профилактических влияний.

## 5.2. ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ ОТ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

Приобщение к психоактивным веществам (ПАВ) у несовершеннолетних является результатом сложного взаимодействия комплекса факторов биологического, психологического и социального характера, которые в свою очередь изменяются под воздействием употребления ПАВ, превращаясь в причину прекращения либо продолжения наркотизации. Рассмотрим *защитные факторы, или факторы антириска*.

*Факторы защиты (антириска)* — условия, препятствующие употреблению психоактивных веществ.

Первые публикации по проблеме наркозависимости были посвящены изучению факторов риска ее возникновения. Это обусловлено необходимостью выделения группы риска приобщения к ПАВ как основного объекта профилактической работы. Однако исследование индивидуумов, попадающих в группу риска в связи со значительным массивом неблагоприятных факторов, воздействующих на них, но не употребляющих ПАВ, привело специалистов к выводу о том, что существуют некие условия, препятствующие наркотизации. Исследователи называют их по-разному: *факторы защиты, антириска, протективные факторы, наркоустойчивость, антинаркотический барьер*. В настоящее время появляется все больше исследований, посвященных изучению условий, уменьшающих вероятность приобщения к ПАВ и возникновения зависимости от них.

В связи с изменением фокуса исследований изменилась и направленность превентивных мероприятий. В соответствии с *Концепцией профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде* (2000), приоритетной является *позитивная профилактика*, т. е. профилактические программы, направленные не столько на ликвидацию или уменьшение факторов риска, сколько на формирование и усиление защитных факторов.

Начало употребления психоактивных веществ, к счастью, не всегда ведет к злоупотреблению и зависимости. В соответствии с характером употребления (разовые пробы, эпизодическое или систематическое употребление, злоупотребление) может изменяться механизм и направленность влияния одних и тех же условий. В зависимости от времени действия фактора можно условно выделить первичные и вторичные факторы, оказывающие влияние на наркотизацию.

*Первичные защитные факторы* — условия, препятствующие приобщению индивидуума к психоактивным веществам.

*Вторичные защитные факторы* — условия, препятствующие переходу эпизодического употребления ПАВ в систематическое и формированию зависимости от употребляемого вещества.

Некоторые исследователи считают, что «факторы риска и защиты такого поведения сходны как в отношении инициации потребления, так и зависимости» (В. Д. Москаленко, 2003). В то же время разграничение этих понятий имеет высокую практическую значимость. В качестве иллюстрации данного положения можно привести противоречивый характер воздействия профилактических программ подхода, получившего название «*политика снижения вреда*» (*Harm reduction*). Данные программы направлены на информирование населения о способах снижения вреда от употребления ПАВ: например, о необходимости использования одноразовых шприцев для внутривенного использования наркотических средств, о важности присутствия других людей в процессе вдыхания летучих наркотически действующих веществ (ЛНДВ) с целью обеспечения безопасности потребителя. Такая информация, играя роль защитного фактора по отношению к людям, употребляющим ПАВ (редуцируя, т. е. снижая негативные последствия их применения), для людей, не пробовавших психоактивных веществ, является провоцирующей к наркотизации, т. е. действует как фактор риска.

Наибольшее распространение в отечественной наркологии получило рассмотрение личностной предрасположенности к наркотизации на основе типологии акцентуаций и психопатий характера, разработанной А. Е. Личко. Исследователь, изучая специфику нарушений поведения, свойственных каждому из выделенных типов, описал акцентуации характера подростков, не склонных к ранней наркотизации. Выраженная отрицательная установка к употреблению ПАВ оказалась присущей большинству подростков сенситивного и психастенического типов. По наблюдениям А. Е. Личко, многие из них избегают алкоголизации, даже оказавшись в пьющей компании (А. Е. Личко, 1985).

Культивирование определенного темперамента или формирование акцентуаций характера в силу неспецифичности факторов вряд ли могут входить в задачи профилактической программы из-за слишком общего вида их формулировки и постановки, более уместного в проблемно-целевом плане. В связи с этим внимание превентологов в большей степени привлекают *динамические факторы, обладающие выраженным профилактическим потенциалом*.

Устойчивость личности по отношению к употреблению ПАВ определяется формированием и развитием антинаркотических установок как специфических внутриличностных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни. В структуре установок выделяется информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компонент.

*Информационный компонент* включает в себя знания об аспектах наркотизации, позволяющие предотвратить знакомство с наркотическими веществами.

*Оценочный компонент* выражается в отрицательном отношении к наркотизации, представлении об употреблении ПАВ как о неприемлемом способе поведения.

*Поведенческий компонент* — это комплекс приемов и навыков, позволяющих избежать пробы наркотика.

Современный этап профилактической деятельности характеризуется многообразием подходов к развитию и укреплению антинаркогенных установок.

*Стратегия деятельности превентолога* зависит от понимания факторов (риска или защиты), влияющих на формирование тех или иных установок к употреблению ПАВ, в соответствии с которыми и определяются цели и задачи профилактического воздействия.

Большое распространение в профилактической деятельности получил *информационный* подход, сторонниками которого в качестве ведущего защитного фактора по отношению к наркотизации признается наличие объективных и достоверных знаний о негативных эффектах ПАВ и последствиях их употребления несовершеннолетними. Предполагается, что воздействие на когнитивную составляющую антинаркогенной установки автоматически вызовет изменения и в других ее компонентах, т. е. человек, знающий об опасности определенного вида поведения, станет относиться к нему отрицательно и откажется от него.

Практическая реализация информационного подхода показывает его низкую эффективность. В ряде случаев информирование производит обратный эффект, стимулируя интерес молодых людей к наркотическим веществам и формируя более лояльное отношение к их употреблению. Знание само по себе оказывается еще недостаточным для формирования отрицательной установки по отношению к ПАВ.

*Оценочный компонент* установки проявляется в виде эмоционального отражения отношения человека к себе, определенному объекту или образу действий. Человек не производит исключительно рациональной оценки, но всегда занимает по отношению к предмету или событию определенную позицию. Его позиция пристрастна, отражает эмоциональное переживание, которое определяется личностной значимостью внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека. Таким образом, оценочный компонент установки зависит от своеобразия личности субъекта деятельности.

Исследователями выявлено, что прямое воздействие на оценочный компонент антинаркогенной обстановки, осуществляемое с помощью *тактики запугивания* — подчеркивания, а в некоторых случаях и преувеличения негативных эффектов ПАВ, также показывает крайне низкую эффективность, поскольку, как и любое искажение информации, вызывает у слушателей недоверие.

Другим способом воздействия на оценочный компонент установки является опосредованное влияние на нее через обращение к личности человека.

Первые формы профилактической работы предполагали обращение к морально-нравственной сфере личности потенциального потребителя ПАВ. В гра-

ницах этого направления профилактики злоупотребление ПАВ понимается как форма нравственного кризиса человека, а ведущим *протективным (защитным)* фактором от наркотизации признается наличие твердых моральных принципов и убеждений. Данная модель профилактической работы была представлена специалистами ВОЗ как Модель моральных принципов.

Появившаяся в середине 70-х гг. прошлого века *аффективная* (обращенная к области чувств, настроений, переживаний) модель профилактической деятельности обращается к личностной сфере психики. В данной модели в качестве защитного фактора по отношению к наркотизации выдвигается *гармоничное развитие личности*.

Согласно современному *каузальному* (причинному) подходу гармоничная, развитая личность не нуждается в приеме ПАВ. Уходу в наркотизацию противопоставляется самореализация личности в обществе, раскрытие ее потенциальных возможностей в социально приемлемом русле. При этом стратегическая задача профилактической деятельности состоит в том, чтобы создавать и поддерживать оптимальные условия развития личности.

С помощью изучения результативности подхода аффективного обучения можно определить значение *неспецифических* индивидуально-психологических защитных факторов отказа от употребления ПАВ несовершеннолетними. Программы, разработанные в рамках данного подхода, направлены исключительно на развитие личности молодых людей. Тема наркотизации затрагивается очень мало или не поднимается совсем.

Исследователями было обнаружено, что, улучшая межличностные отношения в группе подростков, гармонизируя их эмоциональную сферу и повышая адаптивные способности личности, данные программы в то же время оказались не в состоянии в полной мере справиться с проблемой злоупотребления ПАВ. Например, для детей и подростков, прошедших обучение по программе, остается весьма актуальным риск некритичного приобщения к ПАВ. В связи с этим превентологи пришли к выводу, что работа, ориентированная на развитие и гармонизацию личности молодых людей, безусловно, необходима, но недостаточна. Проблема предупреждения приобщения к ПАВ на их основе решена быть не может, так как в патогенезисе приобщения к ПАВ играют роль не только *неспецифические*, но и *специфические* факторы наркотизации, такие как информированность о негативных последствиях ПАВ, их доступность, умение вести себя в ситуации, в которой человек подвергается усиленному давлению, заставляющему употребить то или иное наркотическое средство.

Целенаправленное формирование *специфических поведенческих навыков защиты*, т. е. обучение конструктивному и безопасному поведению в ситуациях столкновения человека с ПАВ осуществляется в рамках профилактического подхода *формирования жизненных навыков*.

Специалисты должны формировать следующее: умение сказать «нет» на предложение ПАВ и навыки *критического* восприятия информации о ПАВ (уме-

ние ориентироваться в ситуации столкновения с ПАВ и навыки выхода из нее). Превентологи придают также большое значение обучению и *неспецифическим* поведенческим навыкам антириска. Данный комплекс навыков представляет собой различные модели поведения, способствующие успешной адаптации в обществе и реализации потребностей индивидуума социально приемлемым способом, не прибегая к помощи ПАВ.

В специальной литературе навыки, формируемые в рамках данного подхода, носят название «жизненные навыки» (*Life Skills*). Всемирной организацией здравоохранения они определяются как способности адаптивного и положительного поведения, позволяющие личности адекватно взаимодействовать с повседневной жизнью.

В программу обучения *Life Skills* ВОЗ предлагает включить обучение следующим жизненным навыкам: принятию решений и решению проблем; созидательного и критического мышления; коммуникативных и межличностных отношений; самосознания и сочувствия (т. е. понимания себя в системе социальных связей и навык регулирования своего личного самочувствия в ней); сдерживанию эмоций и работе со стрессами.

Данные навыки представляют собой основу социальной компетентности личности. Под социальной компетентностью понимается умение человека эффективно взаимодействовать со своим социальным окружением, наличие у него навыков, достаточных для выполнения жизненных задач, присущих тому возрастному периоду, в котором этот человек находится.

Защитными факторами по отношению к приобщению к ПАВ являются эффективные *копинг-стратегии*. Проблемой изучения и развития копинг-стратегий поведения как фактора антириска наркомании занимаются специалисты НИИ наркологии МЗ России (Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский и др., 2001).

На основании классификации, предложенной Дж. Амирханом (*J. Amirkhan*), специалистами института наркологии рассматриваются три вида копинг-стратегий:

— **стратегия разрешения проблем** — активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы;

— **стратегия поиска социальной поддержки** — активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы ищет помощь и поддержку в окружающей его среде: в семье, в кругу друзей, среди других значимых людей;

— **стратегия избегания** — поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем. Человек может использовать пассивные способы избегания, например уход в болезнь, прием ПАВ, суицид.

Согласно исследованию В. М. Ялтонского (1995), у здоровых подростков по сравнению с наркозависимыми наблюдается выраженное преобладание активных

копинг-стратегий в структуре копинг-поведения. У подростков, больных наркоманией, ведущей является поведенческая стратегия избегания, промежуточное положение занимает стратегия разрешения проблем, наиболее слабо выражена стратегия поиска социальной поддержки.

Мощным защитным фактором от приобщения к ПАВ является наличие у молодых людей жизненных целей и перспектив, несовместимых с наркотизацией. Этот фактор действует на этапе формирования зависимости от ПАВ. Было замечено, что повышенная вероятность формирования ремиссий (временных ослаблений тяги к спиртному) у алкоголиков связана с постоянной нереализуемостью у них вследствие употребления ПАВ разнообразных интересов и потребностей, удовлетворение которых плохо совместимо с алкоголизацией. При этом чем более выражены были эти потребности и интересы, тем большей была степень фрустрированности (отрицательной эмоциональной насыщенности) личности из-за невозможности их реализации в связи с алкоголизацией и тем вероятнее длительный отказ от алкоголя.

Наиболее значимым защитным фактором от приобщения к ПАВ является *ведение здорового образа жизни*. В качестве основных задач превентологи ставят развитие у детей и подростков здорового жизненного стиля, умения самому заботиться о своем здоровье и контролировать условия, влияющие на его состояние. С целью вовлечения молодежи в деятельность по сохранению и укреплению здоровья должны создаваться наиболее благоприятные для нее условия для проведения активного досуга, исключающего употребление наркотических веществ, предоставляться дополнительные возможности для занятия спортом, обеспечиваться обоснованный и здоровый режим труда и питания и т. д.

В предыдущей главе мы рассмотрели факторы риска на микро- и макросоциальных уровнях.

На этих же уровнях действуют и **факторы защиты**.

**Макросоциальные защитные факторы** — препятствующие злоупотреблению ПАВ условия, характеризующие функционирование общества в целом.

**Микросоциальные защитные факторы** — препятствующие злоупотреблению ПАВ условия, воздействующие на уровне ближайших социальных общностей, в которые входит ребенок: семья, школа, референтная группа сверстников.

Специалисты NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) разработали обобщенную классификацию факторов защиты, проявляющихся на микросоциальном уровне (Preventing drug..., 1999).

Общими для всех институтов социализации являются следующие факторы защиты:

- отрицательное отношение к употреблению ПАВ в ближайшем микросоциальном окружении ребенка;
- соблюдение окружающими общепринятых норм в употреблении психоактивных веществ;
- гармоничные отношения в семье, в школе, со сверстниками.

Одним из наиболее важных для ребенка институтов социализации является его семья. Среди **семейных защитных факторов** специалисты NIDA выделяют:

- крепкие семейные узы;
- активную роль родителей в жизни детей;
- понимание проблем и личных забот детей;
- ясные правила, принципы внутри семьи, постоянные обязанности.

По мнению специалистов NIDA, профилактические программы могут усиливать защитные факторы среди детей посредством *обучения родителей* тому, как лучше строить семейные взаимоотношения, поддерживать дисциплину, твердо и уверенно устанавливать определенные правила поведения, и другим методам воспитания в семье. Их исследования показали, что родителям следует играть более активную роль в жизни детей, которая в том числе предполагает беседы о наркотиках, отслеживание поступков детей, понимание их проблем и личных забот. Следует также знать всех друзей, с которыми общаются их дети.

**Факторы защиты в образовательном учреждении:**

- повышение общего качества обучения, усиление связи учащихся со школой;
- успешное участие в общественных мероприятиях;
- поощрение, вознаграждение за хорошее поведение, успехи в учебе;
- участие в школьных мероприятиях;
- негативное отношение к употреблению ПАВ, понимание последствий их употребления;
- сформированное неодобрительное отношение друзей, знакомых, сверстников учащегося к употреблению ПАВ.

Эксперты NIDA полагают, что профилактические программы должны также фокусироваться на повышении общего качества обучения и на усилении связи учащихся со школой, развивая в них чувство собственной индивидуальности (неповторимости), прививая им здоровое честолюбие, стремление к достижениям и снижая таким образом стремление преждевременно прекратить обучение.

Большинство школьных программ включают в себя поддержку позитивных отношений со сверстниками и обязательный образовательный компонент, необходимый для коррекции их ошибочных представлений о том, что все учащиеся употребляют наркотики. Исследования показали также, что понимание учащимися негативных (физических, психологических и социальных) последствий употребления психоактивных веществ и общая атмосфера неодобрения наркотиков со стороны не только их друзей, но и членов их семей способствует удержанию подростков от употребления ПАВ.

Дети склонны подражать поведению друг друга. Не секрет, что наибольшее влияние на установки и поведение детей оказывают сверстники. Но влияние сверстников может быть как позитивным, так и негативным.

Значимыми *протективными* факторами по отношению к вовлечению в наркотизацию являются:

- позитивные отношения со сверстниками;
- негативное отношение сверстников к употреблению ПАВ.

Специалисты NIDA предлагают фокусировать внимание профилактических программ на взаимоотношениях отдельного ребенка с его сверстниками. Развитие социально значимых способностей оказывает благоприятное воздействие на улучшение социального поведения, коммуникабельности, позитивных отношений со сверстниками и устойчивой способности отказываться в ответ на предложение употреблять наркотики.

В качестве *ведущих макросоциальных факторов* специалисты NIDA выделяют следующие:

- усиление общественных антинаркотических норм;
- требование ужесточения законов о рекламе психоактивных веществ независимо от способов, средств, форм такой рекламы;
- создание безнаркотических зон вокруг образовательных учреждений, в местах постоянного пребывания подростков, во дворах и т. п.

Профилактические программы работают на уровне общин вместе с государственными, гражданскими и религиозными организациями и имеют целью усилить пропаганду антинаркотических общественных норм и просоциального поведения через средства массовой информации, образовательные программы, изменения в законодательстве и в общественных нормах поведения.

*Антинаркотическая политика государства* осуществляется в двух направлениях:

- политика снижения предложения;
- политика снижения спроса.

*Политика снижения предложения.* В рамках данной политики реализуются меры, направленные на борьбу с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров, а также контроль цен, масштабов производства и реализации легальных наркотиков (например, ограничение часов продажи или запрещение торговли алкогольной и табачной продукцией в магазинах, находящихся рядом с образовательными учреждениями).

Политика снижения предложения обеспечивает ограничение доступности ПАВ для населения. В качестве защитного от наркотизации фактора понимается недоступность ПАВ для потенциальных потребителей. Это положение во многом себя оправдывает. Например, по результатам протективных (связанных с защитными факторами) тестов для учащихся школ ведущим мотивом отказа от употребления ПАВ является невозможность их приобретения.

Когда в 70—80-х гг. наркотики опийной группы для молодежи в нашей стране были практически недоступны, проблемы опийной наркомании не существовало. В начале 90-х, когда героин был редкостью, не существовало героиновой наркомании. Сейчас, когда этот наркотик в молодежной популяции широко доступен,

проблема наркомании стала чрезвычайно острой, причем основным препаратом опийной группы, употребляемым наркоманами, является именно героин.

**Политика снижения спроса** направлена на предотвращение употребления ПАВ и развития зависимости от них, а также на минимизацию вредных последствий их употребления.

Роль государства заключается в производстве и продвижении законодательных актов, устанавливающих правовые нормы в отношении употребления ПАВ, а также — при сотрудничестве с общественными и религиозными организациями — в содействии усилению этико-этнических, религиозных и культурных норм, противодействующих злоупотреблению ПАВ среди населения. Даже при наличии какого-либо ПАВ определенные общественные нормы могут сделать его употребление невозможным. Например, для женщины, воспитанной в религиозных традициях, практически исключена возможность злоупотребления алкогольными напитками даже в условиях их легкой доступности (Е. Г. Минков, 2000).

Важную роль в формировании общественного мнения играют средства массовой информации. Многие исследователи считают эффективным фактором защиты от наркотизации *систему антинаркотического информирования граждан через СМИ*.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости комплексной и разнонаправленной профилактики злоупотребления ПАВ несовершеннолетними и выделения в качестве приоритетной стратегии антинаркотической деятельности как специфических, так и неспецифических факторов защиты. Профилактика приобщения к ПАВ, ориентированная на специфические факторы защиты от наркотизации, направлена на ограничение доступности ПАВ для несовершеннолетних и формирование и укрепление антинаркотических установок детей и подростков. Превентивная работа, ориентированная на неспецифические факторы защиты от наркотизации, заключается в создании условий для гармоничного развития личности и успешной социализации детей и подростков.

### **Контрольные вопросы и задания**

1. Объясните, почему факторы риска наркотизации являются также и факторами риска ВИЧ-инфицирования?
2. Дайте подробную оценку проявления биологических, психологических и социальных факторов риска приобщения подростков к ПАВ.
3. Приведите примеры влияния семьи на наркотизацию и ВИЧ-инфицирование подростков.
4. Какова роль школы и окружения подростков в качестве факторов риска и защиты в профилактике наркомании и ВИЧ/СПИДа?
5. Составьте таблицу факторов защиты от злоупотребления ПАВ с указанием их эффективности.

*Глава 6*  
**РИСКОВАННОЕ ПОЛОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
КАК ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ  
ПОДРОСТКОВ**

Число несовершеннолетних, заразившихся ВИЧ/СПИДом половым путем, быстро увеличивается. Их удельный вес в общем числе зараженных возрос с 6% в 2001 г. до 20,3% в 2003 г., а в Краснодарском крае, Калужской, Нижегородской, Тверской и некоторых других областях он достигает 30—40%.

Помимо проблем, связанных с взрослением, подростки нередко сталкиваются с отсутствием полной и достоверной информации об их теле и здоровье. Взрослые часто по разным причинам не считают необходимым дать детям информацию, которая могла бы защитить их от ненужного риска.

Не все подростки одинаково уязвимы перед ВИЧ. Дети никогда не представляют собой единой массы. Существует множество подгрупп подростков, которые наиболее часто участвуют в опасных сексуальных практиках и употребляют психоактивные вещества. Прежде всего это наркозависимые, бездомные, беженцы, школьные изгои, жертвы домашнего насилия, гомосексуалы. Профилактика среди таких подростков особенно сложна в связи с тем, что представители некоторых подгрупп зачастую не посещают школу и для них закрыт доступ в большинство социальных и медицинских служб.

Первичная профилактика ВИЧ/СПИДа, проводимая педагогами и психологами, работающими с детьми и подростками, должна начинаться достаточно рано, так как в большинстве случаев заражение оказывается следствием неправильного сексуального поведения молодежи. В свою очередь рискованное поведение является результатом неправильного воспитания в целом и неадекватного полового воспитания в частности.

Однако осуществление оптимального сексуального (полового) воспитания в соответствии с возрастом и полом возможно лишь при хорошем теоретическом знании педагогами и психологами психосексуального развития детей. Своеобразие личности мальчика или девочки, юноши или девушки требует дифференцированного подхода при анализе индивидуальных особенностей их личности и поведения, а также при составлении профилактических воспитательных программ, нацеленных на предупреждение возможного заражения болезнями, передающимися половым путем, в том числе ВИЧ-инфицирования.

### **6.1. ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ЕГО ОТКЛОНЕНИЯ**

Оценивать психосексуальное развитие следует по степени самоидентификации, полоролевому поведению, дифференцированному развитию мужественности или женственности, информированности в вопросах пола, характеру

сексуальных проявлений, но для этого необходимо освоить соответствующую терминологию.

Термины «пол» и «половое» используются для обозначения биологических, психологических и социальных различий представителей мужского и женского пола.

Термины «сексуальность» и «сексуальное» употребляются для описания всего того, что связано с влечением к продолжению рода (сексуальные нормы, мораль, типы и техника сексуального поведения и т. д.).

Термины «эротика» и «эротическое» связаны с отображением в сознании всего, что касается сексуальных проявлений (эмоциональные реакции и установки, эротические образы, мысли, фантазии, сновидения).

Неправильное употребление этих терминов может привести к смешению понятий, неправильной квалификации чувств, мыслей или поведения детей и в конечном итоге к неэффективному или неправильному коррекционно-педагогическому вмешательству. Так, интерес детей младшего дошкольного возраста к различиям между полами, являющийся отражением естественной детской любознательности, может быть ошибочно принят за эротический, в связи с чем могут быть предприняты неадекватные воспитательные действия.

Перед психологом и педагогом может встать серьезная задача: определить, насколько нормально, без отклонений протекает психосексуальное развитие того или иного ребенка или подростка. Большим подспорьем в этом может стать схема половой дифференциации, составленная Д. Мани (1980) и дополненная более новыми исследованиями (рис. 9).

В момент оплодотворения создается хромосомный пол женщины — **XX** или мужчины — **XY**. Комбинация хромосом определяет генетическую программу развития индивида. Мужские зародышевые гонады формируются у плода с хромосомным полом **XY** под влиянием **H-Y** антигена, образуя гонадный пол. В дальнейшем они превращаются в семенники. При отсутствии этого антигена у плодов с хромосомным полом **XX** развиваются женские гонады, которые впоследствии преобразуются в яичники. Эти превращения заканчиваются на 7-й неделе внутриутробного развития. Мужские зародышевые гонады продуцируют гормоны — андрогены, приводящие между 4 и 6-м месяцем к дифференциации центральной нервной системы (ЦНС) по мужскому типу. Под влиянием эстрогенов тогда же формируется ЦНС женского типа. Гормоны плода, формируя мужские и женские репродуктивные органы (семенники и яичники), участвуют в создании наружных половых органов, определяя тем самым гениталии ребенка. При рождении на основе описания гениталий устанавливается «паспортный» пол.

Правильная оценка пола окружающими и соответствующее полу воспитание, а также освоение ребенком собственной схемы тела и внешности формируют у него адекватное самосознание. В результате в 2—3 года у ребенка происходит первичная половая идентификация, т. е. определение своей половой принадлежности. Формирование половой идентичности расценивают либо как идентифи-

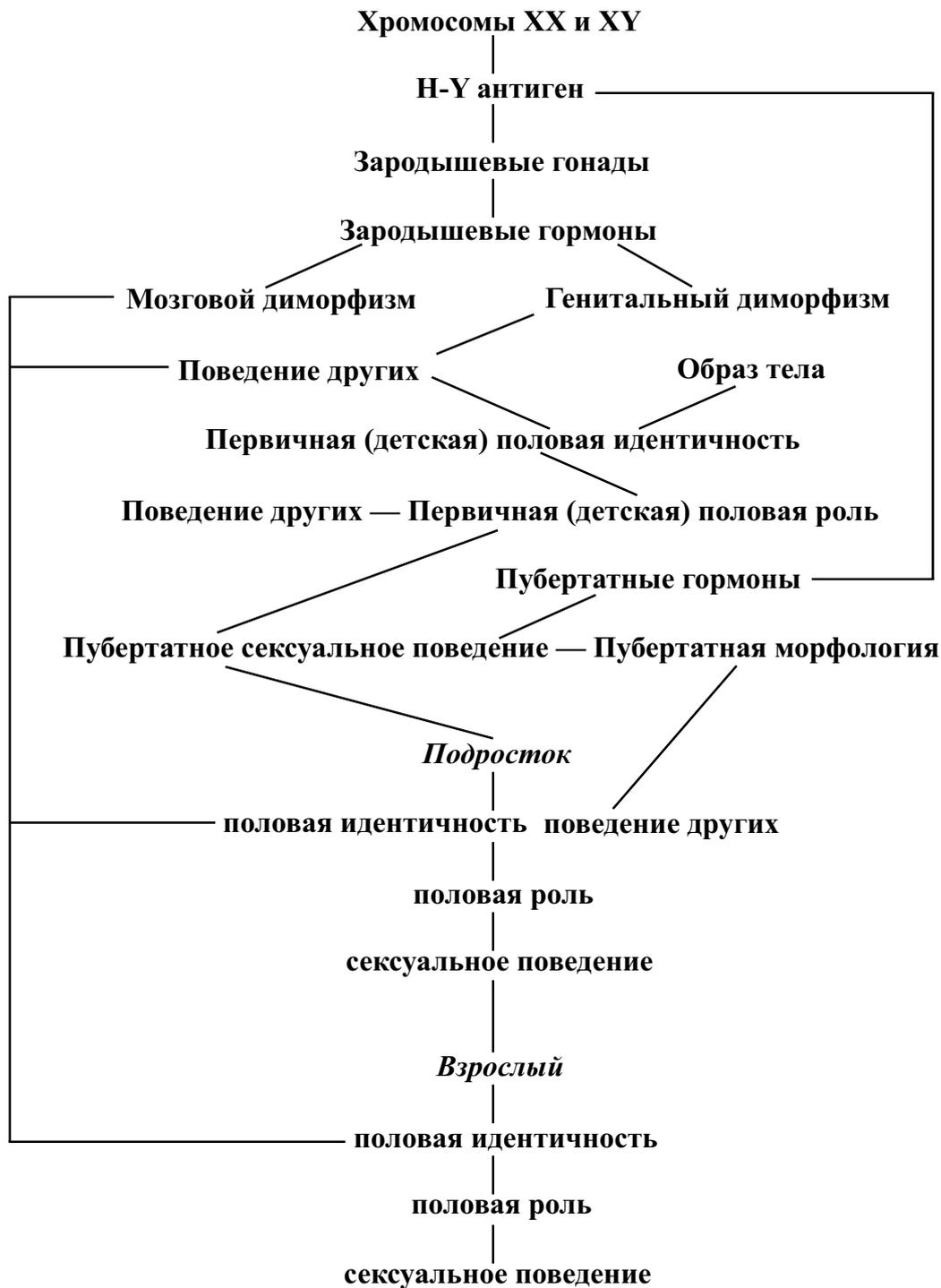


Рис. 9. Схема половой дифференциации

кацию с родителем того же пола, либо как научение соответствующей половой роли, либо как поведение в соответствии с «пониманием» своего пола. Ребенок младшего дошкольного возраста под влиянием взрослых и сверстников, как правило, выбирает игрушки, игры, друзей в соответствии со своей половой принадлежностью, т. е. осваивает первичное полоролевое поведение.

За 2—3 года до полового созревания гипоталамус и гипофиз начинают стимулировать гонады к интенсивной выработке мужских (у мальчиков) и женских (у девочек) половых гормонов, формируя пубертатный гормональный пол. Под влиянием этих гормонов происходит половой метаморфоз, т. е. появляются вторичные половые признаки, которые превращают ребенка в подростка-юношу или в подростка-девушку. У подростков обоего пола наряду с изменением тела и внешности возникают эротические переживания: образы, фантазии, сновидения и т. д.

Половое самосознание, обогащенное восприятием нового телесного образа и новыми физиологическими процессами (менструациями, эякуляциями), а также эротическими переживаниями, формирует подростковую, а затем и взрослую половую идентичность. Устанавливается гетеросексуальная ориентация (стремление получить сексуальное удовлетворение от лиц противоположного пола). В соответствии с этим формируется взрослое полоролевое и сексуальное поведение. Подростки выбирают и находят объект своего сексуального интереса, ухаживают за ним, обращают на себя его внимание с тем, чтобы овладеть предметом своего увлечения.

Таким образом, половая дифференциация определяется гормонами. В свою очередь продукция гормонов зависит от информации, получаемой мозгом как из окружающей среды, так и от обмена веществ. Половая дифференциация, приводящая в конечном итоге к половому диморфизму (разнице между полами), складывается не только из генетических, гормональных, соматических, но и из поведенческих и психологических различий, а также сексуальной ориентации. При этом последние не обязательно совпадают с соматическими особенностями. Преобладание мужской агрессивности может, например, не сочетаться с типичным строением тела, свойственным сильному полу. Человеческое поведение формируется под влиянием личного опыта и воздействия социального окружения. Для оценки психосексуального развития необходимо ориентироваться в половой дифференциации, происходящей в основные этапы жизни детей и подростков.

Психосексуальное развитие человека с момента его зарождения и до смерти включает семь периодов:

— *пренатальный* (от зачатия до рождения) — происходит формирование пола (на генетическом, гонадном, морфологическом уровнях) и структур мозга, ответственных за половое поведение;

— *парапубертатный* (от рождения до шести лет) — формируется половое самосознание и стереотипы полоролевого поведения (первая полоролевая «примерка»). С полутора месяцев до года — стадия младенчества, когда происходит адаптация на психоэмоциональном уровне. К двум годам ребенок знает свой пол, но еще не умеет объяснить, почему он так считает. С двух до трех лет — период становления личности и закладка характера. К трем годам дети часто спрашивают о различиях между полами, откуда берутся дети и т. д. Четвертый год — время осознания своих возможностей, осознание себя как индивидуальности, происхо-

дит дальнейшее развитие полового самосознания — ребенок различает людей по полу, но опирается при этом на внешние признаки (одежду, длину волос и пр.), не различая особенностей поведения мужского и женского пола. К 5—6 годам ребенок твердо идентифицирует себя с тем или иным полом, осознает необратимость половой роли;

— *предпубертатный* (7—11 лет) — продолжается формирование стереотипа полоролевого поведения (вторая полоролевая «примерка»). Мальчики и девочки образуют гомогенные — по полу — группы, отношения между которыми описываются как половая сегрегация. Основой этих проявлений являются психологические закономерности психосексуальной дифференциации;

— *пубертатный период* (12—16 лет) — происходит половое созревание и формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо. Сравнение своего тела с телом сверстников — обычное и закономерное явление. Переживание подростком своего «физического Я» и тревожно-противоречивое отношение к телу в этом возрасте содержит в себе сильный психозащитный, психопрофилактический элемент. Ценнейшее психологическое приобретение — открытие внутреннего мира. Обретая способность погружаться в себя и наслаждаться своими переживаниями, подросток открывает мир новых чувств, красоту природы, ощущение собственного тела. Бессознательное желание избавиться от прежних детских идентификаций активизирует его рефлексию, а также чувство своей особенности, непохожести на других. Юноши и девушки придают важное значение тому, насколько их тело и внешность соответствуют стереотипу, образцу «*маскулинности*» и «*фемининности*». Мощный выброс половых гормонов приводит к подростково-юношеской гиперсексуальности. Сексуальная активность носит отчетливо экспериментальный характер, идет процесс постижения собственных телесных функций, проигрывание вариантов взаимодействия со сверстниками своего и противоположного пола;

— *переходный период становления сексуальности* (17—26 лет) — характеризуется проявлением потребности и способности к интимной психологической близости с другим человеком, включая сексуальную близость;

— *период зрелой сексуальности* (27—55 лет) — регулярная половая жизнь. Репродуктивность выступает как забота старшего поколения о тех, кто придет к ним на смену;

— *инволюционный период* (55—70 лет и старше). Снижение половой активности, регресс либидо. Характеризуется появлением удовлетворенности, полноты жизни, исполненного долга.

Таким образом, половое самосознание, полоролевое поведение и психосексуальная ориентация формируются в детском и подростковом возрасте.

В переводе с латинского «секс» означает «пол». «Сексуальность» — это совокупность элементов полоролевого поведения, которое присуще каждому здоровому человеку. Формы же его проявления зависят от социальных условий, воспитания, пола и возраста. Более двадцати лет назад две группы ученых, одна

в России, под руководством Г. С. Васильченко, другая в США, возглавляемая профессором А. Кинзи, изучая динамику изменения сексуальности у мужчин и женщин в различные возрастные периоды, получили следующие данные (см. рис. 10).

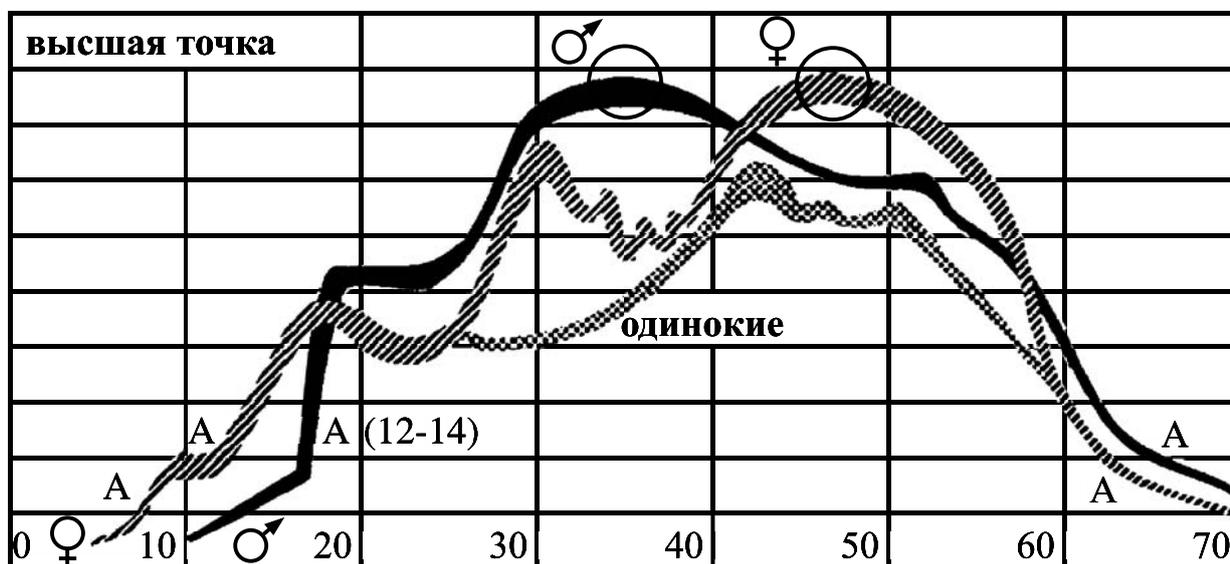


Рис. 10. Динамика изменения сексуальности мужчин и женщин в зависимости от возраста

Как видим, сексуальность и мальчика, и девочки начинается не с нуля. Ребенок испытывает на себе прессинг половых гормонов матери буквально с первых месяцев своего внутриутробного существования. В этот же период некоторое количество эстрогенов (женских половых гормонов) и андрогенов (мужских половых гормонов) выделяет ее вилочковая железа. После рождения человека обеспечение его организма важнейшими биостимуляторами — половыми гормонами — берут на себя половые железы (семенники у мужчин и яичники у женщин), которые называются гонады. Насколько велико значение половых гормонов для развития и становления личности человека в предпубертатном и парапубертатном периодах (пубертатный — период полового созревания), можно судить хотя бы по тому, что при снижении концентрации этих веществ в крови ребенок отстает от сверстников в росте и умственном развитии.

У девочки вслед за кратковременным подъемом сексуальности следует его спад, который совпадает с началом пубертатного периода.

На мужской кривой период «детство — отрочество» выглядит несколько иначе. У мальчика сексуальность нарастает медленно, кривая долго идет вверх. Здесь следует остановиться на привычке, борьба с которой впоследствии может отразиться на сексуальности мужчины. Речь идет о *детском онанизме*. На схеме он обозначен буквой «а», что означает аутоэротизм.

Многие исследователи считают, что онанизм в подростковом возрасте — единственный способ выхода из юношеской гиперсексуальности, который продолжается приблизительно до двадцати трех лет, после чего у мужчин начинается стабилизация. По Фрейду, возраст мужчин от двадцати четырех до двадцати девяти — это первое карьерное время. Перевод сексуальной энергии в энергию творчества — *сублимация* — способствует духовному и профессиональному росту. У женщин в этом возрасте наблюдается сексуальный спад, связанный, как правило, с рождением ребенка.

К тридцати годам у обоих полов происходит подъем сексуальности. Мужчины этого возраста, ведущие интимную жизнь в соответствии со своим сексологическим типом, в большинстве случаев представляют собой уверенных в себе сексуальных партнеров. Женщины тридцати — тридцати трех лет отличаются особой избирательностью, требовательностью к партнеру.

Пиковой точки мужская сексуальность достигает к тридцати пяти — тридцати семи годам. Затем следует период довольно длительного снижения: интимная жизнь для мужчины несколько теряет свою значимость, и сексуальная энергия вновь сублимируется, переходя в энергию деятельности. Что же касается женщин, то для них наилучшее творческое время — период от тридцати трех до тридцати девяти. Если в этом промежутке женщина не реализуется через материнство, обостренную потребность в котором она обычно испытывает, то она тоже сублимирует свою сексуальную энергию.

Сексуальный подъем у женщины, имеющей постоянного партнера, наблюдается в возрасте сорока двух — сорока пяти лет. Затем, как правило, наступает время климакса, гормональной перестройки, которое часто сопровождается неблагоприятными соматическими показателями, ухудшением здоровья. Именно в возрасте сорока восьми — пятидесяти пяти лет для женщин характерны заболевания сердца, печени, почек, суставов, что связано в том числе и с гормональной перестройкой организма.

Некоторый подъем сексуальной активности отмечается у мужчин в промежутке от пятидесяти до пятидесяти пяти лет. Он может сочетаться и с высокой социальной активностью. Затем мужчину ждут пять неприятных лет, когда организм как бы примеряется к третьему возрасту. Это годы дискомфорта, неадекватных реакций, связанных с гормональным дисбалансом. После шестидесяти в большинстве случаев достигается гармония между сознанием и телесными ощущениями, мужчина успокаивается, становится более контактным, восстанавливается его былая коммуникабельность.

Изображенная на рисунке нижняя линия отражает колебания сексуальности у женщин, не имеющих постоянных партнеров. Эти женщины иногда страдают таким тяжким недугом, как фригидность, потеря либидо, полового чувства. Они бывают нервозны, раздражительны, неадекватны.

Рассмотрим подробнее особенности психосексуального развития детей и подростков в разные возрастные периоды.

## Дошкольный возраст

**Психологические особенности.** Для понимания половозрастных особенностей психосексуального развития и сексуального поведения дошкольников необходимо учитывать специфику данного возраста. Это период формирования речи и половина пути интеллектуального развития. В это время возникает способность к общению и укрепляется потребность в нем. Ребенок выделяет себя из среды, осознает свое физическое и психическое «Я». Он проходит через *возрастные кризисы 3-леток и 6—7-леток*. Начинает осмысливать свои переживания и ориентироваться в них. Это период бурного развития, во время которого ребенок становится личностью, осознающей себя мальчиком или девочкой, т. е. проходит путь от предпосылок психосексуальной дифференциации к самоидентификации и сформированным половым ролям.

**Биологические факторы.** В этом возрасте до начала препубертата продолжается морфогенетическое и функциональное развитие гонад, а также систем, регулирующих их деятельность, и фиксируется появление первых, еще незрелых связей между ними. Как уже говорилось, одним из основных факторов, от которых зависит половая дифференциация, являются гормоны. Соотношение уровней мужских и женских гормонов в раннем дошкольном возрасте равно 1:1. В связи с этим строение и функции тела у мальчиков и девочек почти не отличаются. В 6—7 лет происходит увеличение секреции гормонов, и по мере нарастания их уровня создаются условия для будущих соматических изменений. Нейрофизиологический половой диморфизм станет более заметным к 10 годам, когда мозговые структуры достигнут определенного развития.

**Динамика полоролевого поведения.** С самого рождения мальчики и девочки довольно сильно отличаются друг от друга: у девочек ниже пороги тактильной и болевой чувствительности, они больше спят; у мальчиков лучше развиваются мышцы, способные удерживать голову.

В 3 месяца на мальчика эффективнее действует зрительное поощрение, а на девочку — слуховое. В 6 месяцев у девочек сердцебиение замедляется от джазовой музыки, у мальчиков — от прерывистых звуков.

В 13 месяцев девочки менее охотно уходят с рук матери, стремятся к физическому контакту с ней. Играют они пассивнее, столкнувшись с барьером, плачут, зовут мать, в то время как мальчики стремятся обойти препятствие.

К 2 годам матери чаще говорят с девочками и прижимают их к себе, мальчиков же больше стимулируют физически. В 1,5—2 года происходит первичная половая идентификация, дети обоего пола осмысливают свою половую принадлежность и различия между полами.

К 4 годам мальчики более маскулинны, чем девочки — фемининны. Мальчики инициативнее, активнее, агрессивнее девочек и чаще стремятся быть первыми, лучшими. *Возрастной кризис 3-леток* у мальчиков проходит более резко. К 5—6-летнему возрасту уже хорошо выражено полоролево поведение, дети не только по-

нимают, к какому они полу принадлежат, но и их поведение соответствует осознаваемому полу. Дети проявляют инициативу в формировании однополых компаний и выборе игр, обнаруживают разные стили поведения и интересы. Треть детей проявляют глубокую привязанность к персоналу дошкольных детских учреждений, что является проявлением поиска эмоционально значимых фигур, необходимых, в частности, для формирования половой идентичности. Большое количество (12%) детей, желающих изменить свой пол, возможно, является показателем их неудовлетворенности своей формирующейся половой идентичностью.

**Сексуальное поведение.** Термин «сексуальное поведение» в приложении к дошкольному возрасту часто вызывает резкое неприятие, распространяющееся затем на половое воспитание в целом. Миф об асексуальности детства, о его чистоте и невинности в противовес взрослой развращенной испорченности не допускает и упоминания о сексуальности. Эта отнюдь не новая точка зрения, восходящая еще к эпохе романтизации и сентиментализации детства, на протяжении последних десятилетий поддерживалась той реакцией, которую вызывало учение З. Фрейда о детской сексуальности. Он считал, что детская сексуальность — одна из телесных функций, что в силу отсутствия сексуального объекта ребенок аутоэротичен (т. е. направляет сексуально-эротические переживания на себя самого) и что сексуальная цель меняется под влиянием преобладающих эрогенных зон, поэтому на протяжении первых 5 лет жизни ребенок проходит ряд перекрывающих друг друга фаз психосексуального развития, являющихся существенной частью развития личности в целом (рис. 11).

Некоторые исследователи относят к проявлениям детской сексуальности поглаживание, чесание, царапание, трение, сдавливание половых органов. Условно сексуальным поведением считается также привычка сосать пальцы и язык, грызть ногти, чесать нос и глаза; оттягивание, покусывание, потирание губ, низа живота, бедер. К проявлениям сексуальности также относятся: чрезмерная нежность, сквернословие, соответствующие фантазии; письмо и рисование неприличного содержания; подглядывание за обнажением, мочеиспусканием, дефекацией; издевательство, причинение боли другим; стремление испытать мучения; разглядывание изображений обнаженных людей. Такое толкование детской сексуальности весьма условно, судить об истинной сексуальности можно лишь по сочетанию с другими проявлениями подобного рода или по тому, что они в таком случае замещают.

Но сексуальность не преобладает в жизни ребенка, как некоторые предполагают. По мере взросления сексуальное поведение становится более выраженным у все большего числа детей, оно усложняется, и его развитие не прекращается. Не существует такого периода, когда ребенок полностью лишен сексуальных интересов и соответствующего поведения, но его сексуальность элементарна, разрозненна. Нет у ребенка и аутоэротичности, так как он не получает, подобно взрослому, сексуального удовлетворения при стимулировании своего тела. За проявлениями сексуальности в поведении детей следует наблюдать с тем, чтобы оценить ее соответствие с возрастными нормативами и предотвратить опасное

ускорение развития. Судить об этом можно по сексуальной активности и интересам, по понятиям о сексуальных различиях и рождении детей, по развитию половой дифференциации.

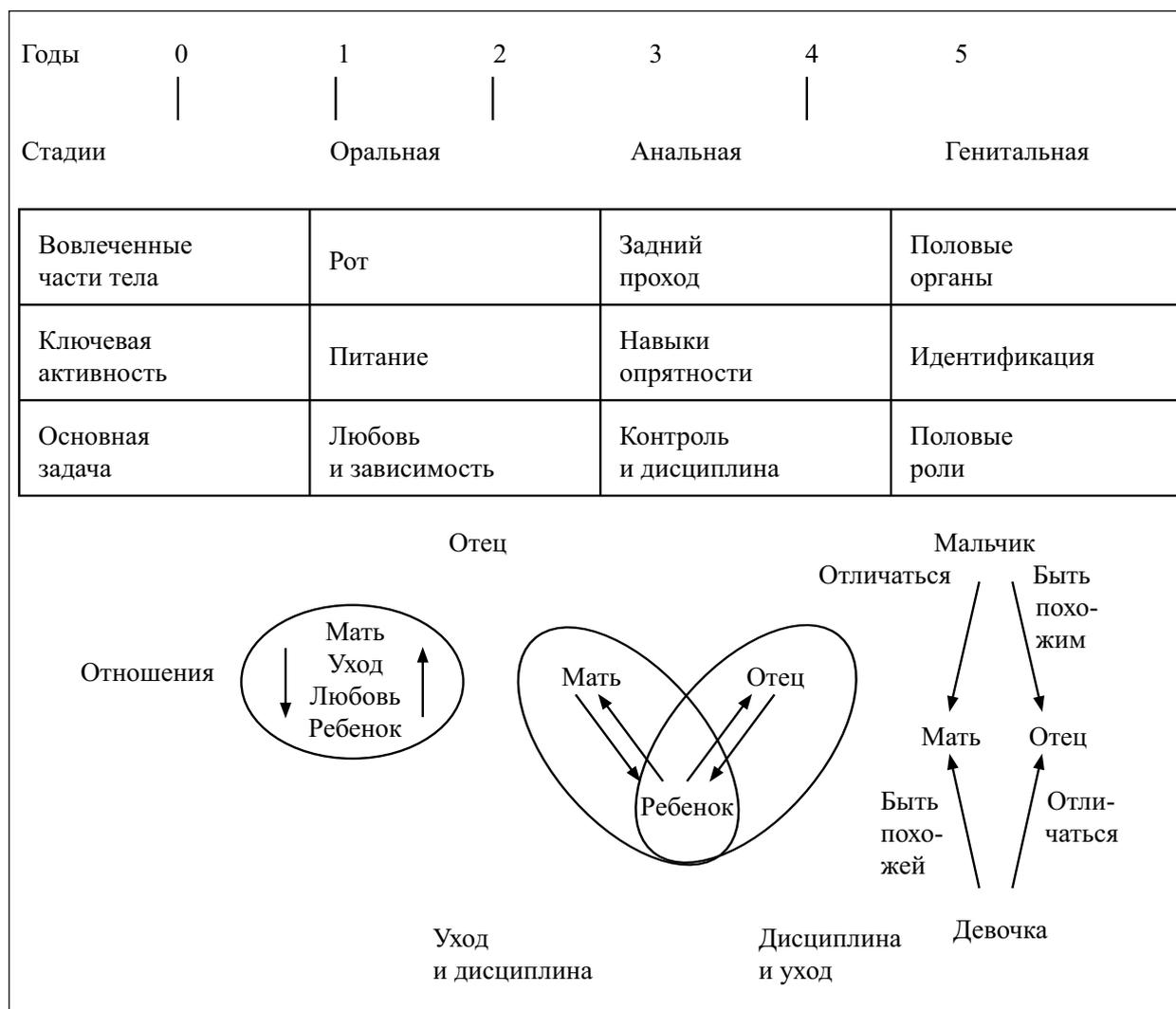


Рис. 11. Фазы психосексуального развития ребенка в первые 5 лет жизни

В 2 года дети отличают мальчиков от девочек по одежде и причёске. В 2,5 года знают о своих половых органах и могут играть ими, с интересом разглядывают раздетых людей, проявляют интерес к физиологическим различиям между полами. В 3 года задают вопросы о физиологических различиях между полами. Интересуются малышами и хотят иметь братишку или сестренку. Спрашивают о том, откуда берутся дети, где они были до рождения. Хотят жениться на матери или выйти замуж за отца.

В 4 года могут во время игры демонстрировать свои половые органы и мочеиспускание перед другими детьми. Намеренно играют с неприличными словами. Проявляют интерес к тому, что делают в туалетах и ваннных комнатах. Задают вопросы о том, как ребенок попадает в живот к матери и как оттуда появляется.

В 5 лет у них возникают вопросы о детстве родителей. Хотят иметь своего ребенка, когда вырастут.

В 6 лет интересуются, как иметь детей, не болезненно ли это. Могут проявить интерес к роли отца в процессе репродукции. Пересказывают родителям услышанные вне дома неприличные выражения и ждут их реакции.

Фактическая осведомленность детей этого возраста следующая. До 7 лет сведения о различии мужских и женских гениталий имеют 61% девочек и 52% мальчиков. Получение этой информации запаздывает, она должна быть усвоена всеми детьми к 2,2—3 годам. Опрос матерей показал, что 52% детей-дошкольников задают соответствующие вопросы. Остальные дети, по-видимому, получают эту информацию вне семьи.

Запаздывает приобретение сведений о деторождении: к 7 годам о родовом акте знают только 28% мальчиков и 15% девочек. На самом деле эти сведения должны быть известны к 5—7 годам. Примерно 60% матерей сообщили, что дети задают вопросы о своем рождении. Но большинство опрошенной молодежи в качестве источников информации об этом не называют родителей. О роли отца к 7 годам узнает каждый 5-й мальчик и каждая 10-я девочка. Предполагается, что к 6—8 годам все дети должны знать об этом. Понятие о беременности в дошкольном возрасте имеют 25% мальчиков и 17% девочек. Родители информируют об этом девочек вдвое чаще, чем мальчиков. По сведениям родителей, лишь 13% детей спрашивают об этом.

До 7 лет о половом акте знает пятая часть мальчиков и десятая часть девочек.

Никто из детей не получил информацию о нем от родителей. Более 60% мальчиков и свыше 40% девочек узнали об этом из наблюдений за животными и людьми. Родители не припоминают вопросов о сути половой жизни. Для трети девочек и четвертой части мальчиков **первое столкновение с понятием о половом акте носило характер потрясения.**

Воспитатели детских учреждений указывают, что пятая часть детей активно задает вопросы о половых различиях, происхождении детей, роли отца и т. д. Многие дети обсуждают это между собой. О таких явлениях, как мастурбация, эксгибиционизм, визионизм, гомосексуализм, в детстве узнают 7% мальчиков и 2% девочек, причем половина из них — наблюдая за другими детьми.

Многие взрослые не осознают ни особенностей поведения, ни интересов своих детей, считая, что дети лишены дурных помыслов, а обсуждаемый предмет слишком постыден. По этой причине объективную информацию по психосексуальному развитию от них получить трудно. Сами дети понимают отрицательное отношение взрослых к проявлениям их сексуальности и потому скрывают свои истинные интересы и поступки.

Отсутствие вопросов не означает нежелания знать о проблемах пола. Сексуальность детей может проявиться в любом их творчестве: в словесных выражениях, песенках, стихах, рассказах, рисунках, стенных и других надписях. Матери считают, что таких детей около 5%, воспитатели — 10%.

Интересы ребенка могут проявиться в играх. Некоторые из них, где дети действуют в качестве отца, матери, няни, медсестры, доктора и при этом щекочут, трогают и рассматривают обнаженные тела друг друга, узнавая о различии полов, называют сексуальными играми. Это название не вполне соответствует действительности, так как детская активность в данном случае, как правило, определяется не влечением, а любознательностью, желанием больше узнать об устройстве людей другого пола. Подглядывание за обнаженными сверстниками и взрослыми, мочеиспусканием и дефекацией, интимными сторонами жизни взрослых отмечены в воспоминаниях 5% юношей и 4% девушек. Родители полагают, что такого типа любопытство распространено шире (25%).

Обнажение детей друг перед другом — обычное явление. Родители отмечают игры со взаимным раздеванием у 50% детей. Совершается это как мальчиками, так и девочками, скорее из любопытства, чем по сексуальным побуждениям. Все же встречаются дети, чье стремление обнажаться обусловлено расторможенной сексуальностью. Довольно рано дети увлекаются воспитательницами, соседями, взрослыми, более старшими детьми, подростками, родными или чужими людьми. Детская влюбленность проявляется в восхищении предметом своей увлеченности, в желании быть рядом и не имеет эротического содержания в буквальном смысле слова.

Иногда взрослые, говоря детям о своей любви и лаская их, стимулируют их половую самоидентификацию, провоцируя сексуальные интересы и поведение. Ревность некоторых детей, в отличие от большинства претендующих на повышенное внимание к себе, может носить явно сексуальный оттенок. «Ревнивцы» требуют заверений в любви, стремятся постоянно быть рядом, ласкаются к объекту своей привязанности и «нежничают» с ним.

Многие формы этого поведения могут быть опасны тесными контактами, приводящими к риску заражения теми или иными болезнями, которыми может страдать ласкающий человек. Более того, недопонимание родителями характера интересов и их роли в поведении детей не позволяет им проводить такое половое воспитание, которое могло бы уберечь детей от многих опасностей в детстве и предупредить формирование нездоровых интересов и сексуально распущенного поведения в будущем.

**Мастурбация (онанизм).** Младенец, играя своими гениталиями, получает удовольствие от этого. Причиной особого интереса некоторых детей к игре своими половыми органами может быть их необычная чувствительность, длительное перевозбуждение, реакция на трудную психологическую ситуацию (лишение любви и заботы, противоречивое поведение матери, деспотическое обращение и т. д.) или заболевание (аномальное развитие) головного мозга. У 20% детей, особенно девочек, она продолжается до тех пор, пока не возникнет умение достигать оргазма.

Между 2 и 5 годами возрастает интерес к половым органам, проявляющийся в манипуляциях с ними, и в сексуальных играх. В 5—6 лет особенно увеличивает-

ся группа мастурбирующих детей, преимущественно мальчиков, которые в связи с переживанием заброшенности, издевательств, унижений, страха и незащищенности находят способ улучшить свое эмоциональное состояние посредством *аутостимуляций*. У части детей этого возраста мастурбация — следствие фимоза, вагинальных выделений, глистов, раздражения от тесной одежды или трения в области промежности во время игр или развлечений (например, при езде на велосипеде). Среди опрошенной молодежи онанизм до 7 лет отмечен у 2,5% юношей и 5% девушек. По сведениям родителей — у 5%, а по сведениям воспитателей детских учреждений — у 11% детей. По данным А. Кинзи (А. Kinsey) к 7 годам число мастурбирующих мальчиков составляет 10%.

По мнению В. Е. Кагана (1991), сексуальное поведение дошкольника лишь отчасти можно понять и описать в терминах биологического развития. Оптимальное его понимание возможно лишь в контексте целостной картины развития личности и — что особо важно — в контексте взаимоотношений полов, семейно-иерархических и культурных стереотипов. Отвергать детскую сексуальность как таковую — значит затруднять последующее развитие, поскольку оптимальное прохождение каждого последующего этапа развития возможно лишь на основе полного и завершенного прохождения этапа предыдущего.

#### Школьный возраст (от 7 до 11—12 лет)

Мы будем исходить из сформулированного Л. С. Выготским понятия «социальной ситуации развития». Применительно к психосексуальной дифференциации это обосновывает выделение периода от сформированной половой идентичности до начала полового созревания, т. е. от 7 до 11 лет. Индивидуальные границы этого периода могут колебаться, особенно если оценивать их по отдельным сторонам развития.

**Психологические особенности.** В этом возрасте перестраиваются все отношения ребенка с действительностью. Дифференцируется система «ребенок — взрослый», ранее связанная только с семьей. Отношение к учителю становится отношением к обществу. Школьник включен в учебную деятельность, направленную на усвоение азов знаний, накопленных человечеством, на приобщение к науке и культуре. Формируется познавательная мотивация. Ребенок, усваивая знания, меняется сам. Происходит осознание этих изменений.

Школьник постоянно сотрудничает с взрослыми и со сверстниками, что очень важно для его психического развития. Отличаясь от «кооперации» с взрослыми, сотрудничество со сверстниками позволяет обрести определенную независимость от них, самостоятельность и сфокусировать свое внимание не столько на результате, сколько на способе своих и партнера взаимодействий.

При этом интенсивно улучшаются познавательные способности, за относительно короткий срок школьник овладевает основами наук. Благодаря этому раз-

виваются произвольность и осознанность психических процессов. Уже в предпубертатном возрасте мальчики обнаруживают преимущество в пространственных операциях.

Мальчики в 1-м классе чаще девочек испытывают трудности в эмоциональной адаптации, в речи, настойчивости, координации движений. Явные различия в школьной успеваемости устанавливаются на 2-м году обучения: девочки превосходят мальчиков в вербальных пробах, языковых и перцептивных навыках, уступая в моторных умениях и развитии пространственной памяти.

Мальчики 8—10 лет к концу учебного года утомляются больше девочек и становятся более расторможенными, непоседливыми и отвлекаемыми. Успешность выполнения заданий зависит от того, считают ли мальчики их мужскими, а девочки — женскими. Интерес к решению трудных задач у мальчиков больше при материальном, а у девочек — при эмоциональном поощрении. Уровень притязаний у мальчиков выше, и они не склонны к рекомендуемым взрослыми видам деятельности. Мальчики лучше выполняют задания в одиночку, а девочки — в смешанной по полу группе.

На девочек большее влияние, чем на мальчиков, оказывает уровень образования семьи и помощь педагогов. Фрустрации у мальчиков чаще вызывают нарушение коммуникативных способностей, у девочек — более жесткое поведение. В 10 лет мальчики более экстравертированы (раскрыты для внешнего мира), девочки же более невротичны и менее искренни, интравертированы. Мальчики более активны и настойчивы, более склонны к риску и напряжены, менее исполнительны и чувствительны, у них хуже самоконтроль.

В этом возрасте дети разбиты на два непримиримых разнополюх лагеря. Их игры и интересы утрированно маскулинны и фемининны. Дружба носит почти исключительно однополый характер, однако общение между мальчиками и девочками интенсивно. Собственное поведение оценивается через призму установок однополых группы.

**Биологические факторы.** К началу пубертата (к 10 годам) в связи с повышением чувствительности семенников неуклонно нарастает секреция более активного гормона — тестостерона, который начинает оказывать влияние на ткани тела, стимулируя их рост. У детей обоего пола в росте организма и половой дифференциации участвуют гормоны щитовидной железы. Соматотропин управляет обменом веществ и стимулирует влияние тестостерона на развитие вторичных половых признаков. Его уровень поднимается к 7 годам, затем снижается и повторно увеличивается к 10—11 годам. Таким образом, развитие у мальчиков и девочек протекает различно, но латентного периода, т. е. остановки психосексуального развития, не существует.

**Средовые факторы.** Учебная деятельность, трудовые обязанности, коллективные отношения со сверстниками, новый тип отношений с взрослыми, изменение критериев самооценки и т. п. — все это формирует личности мальчиков и девочек. Феминизация школы создает для них разные условия, влияющие не только на

школьную адаптацию, но и на формирование полоролевого поведения. Педагоги, оценивая мальчиков и девочек, склоняются к жесткой поляризации, либо используют эгоцентрические мотивы, либо видят и у тех и у других только отрицательные качества, либо замечают полоролевое неблагополучие.

Эти установки педагогов влияют на полоролевое формирование детей, маскулинизируя девочек и феминизируя мальчиков или утрируя полоролевые проявления. В этих условиях высокомаскулинные мальчики вступают в конфликт со школьной успеваемостью, а фемининные — хорошо успевают, приобретают низкий неформальный статус. Складывающиеся взаимоотношения мальчиков и девочек могут повлиять на их дальнейшее развитие.

**Сексуальное поведение.** Представление о сексуальной нейтральности детей этого возраста не более чем миф. Они не осознают или скрывают свои сексуальные интересы и их проявления, но те существуют. Опрошенные матери отмечают наличие вопросов о различии между полами, о подробностях зачатия и рождения, менструациях и поллюциях, половом акте. Одни дети боятся утратить половые отличия, другие проявляют желание изменить свой пол. Некоторые матери говорят о влюбленности детей, о мастурбации, об условно сексуальных проявлениях (сосание пальцев, кусание губ и ногтей, ковыряние в носу, вырывание волос, постоянное держание рук в карманах).

Согласно опросу молодежи, треть мальчиков и девочек впервые услышали о различии полов лишь в школьном возрасте, причем 4 из 5 получили эти сведения от сверстников или старших детей. От них же получили информацию о родах 36% мальчиков и 68% девочек.

Для каждого 4-го мальчика и каждой 5-й девочки это было *эмоционально значимо*. В половине случаев мальчики и, несколько чаще, девочки уяснили роль отца, при этом почти все мальчики и половина девочек — из рассказов и объяснений сверстников и лишь 15% — от родителей; эти сведения воспринимались многими с волнением, часто как нечто потрясающее.

В этом же возрасте для 60% мальчиков и 52% девочек раскрылась сущность беременности, из них: благодаря родителям — для 9% мальчиков и для 24% девочек, от специалистов — для 5—7% детей обоего пола.

Сущность полового акта родители не разъясняли, сведения же о нем получили 63% мальчиков и 43% девочек, причем из наблюдения полового акта — соответственно — 30 и 19%, от детей — 65 и 68%, из литературы — 10 и 24%. У трети мальчиков и двух третей девочек это вызвало эмоциональную, часто с сильным чувством отвращения реакцию.

О менструациях и поллюциях узнали 40% мальчиков и 66% девочек. Получение такого рода информации (для противоположных полов) также *сопровождалось эмоциями не из приятных*.

О противозачаточных средствах получили сведения 45% мальчиков и 6% девочек. Судя по опросу девочек 7 лет, не все знают о различиях между полами. Больше половины из них не знают, что детей рожают и что такое беременность.

Треть не информирована о роли отца в деторождении. 8-летние девочки осведомлены несколько лучше. Только некоторые не информированы о внутриутробном развитии плода и не уверены в том, какова роль отца в зачатии. В возрасте 9 лет о роли отца в деторождении достаточно осведомлена только половина девочек.

У части девочек младшего школьного возраста уже имеется сексуальная озабоченность и повышенный интерес к проблемам пола, имеется повышенное желание любви. У мальчиков этого возраста более высокая и неспецифическая возбудимость по сравнению с подростками и взрослыми. Эрекции легче возникают и провоцируются очень широким кругом раздражителей, в связи с чем уже за несколько лет до начала полового созревания они могут переживать оргазм. До 10-летнего возраста к мастурбации в 3 раза чаще приходят самостоятельно в сравнении с теми, кто приобретает эту привычку, подражая другим.

О практикуемой мастурбации сообщили 10% мальчиков и 1% девочек, а знают об этом явлении соответственно 33 и 10% из них. К 10 годам мастурбация отмечена в 13—16% случаев. 14% девушек (18—22 лет) сообщили о том, что начали мастурбировать до 11,5 лет. При этом 70% из них стимулировали себя руками, 20% — эротическими фантазиями, 50% — подвергаясь ласкам подруг.

О сексуальных играх в этом возрасте вспоминают 48% женщин и 57% мужчин, о сексуальных играх с партнером другого пола — 30% женщин и 40% мужчин, своего пола — 33% женщин и 48% мужчин. Техника этих игр различна: демонстрация гениталий, манипуляции ими, орально-генитальные и анально-генитальные контакты, имитация полового акта. Преобладание сексуальных игр с партнером своего пола объясняется неопределенной сексуальной или переходящей гомосексуальной ориентированностью. Из опрошенных девушек 15—25% из них в возрасте 8—11 лет участвовали в разнополых сексуальных играх.

11% этих девушек вспоминали, как они подсматривали за раздеванием лиц своего и противоположного пола, за влюбленными парами; 3% «смаковали» описания эротических сцен в литературных источниках; 6% искали следы и предметы, связанные с половой жизнью взрослых, а 2% уже в этом возрасте испытали физическое влечение к юношам. Все эти данные указывают на высокий риск возможного совращения детей взрослыми из-за их раннего интереса ко всему, что относится к сексуальной активности. Таким образом, уже в этом возрасте появляется опасность заражения болезнями, передающимися половым путем.

### Пубертатный возраст (возраст полового созревания)

В это время завершается формирование репродуктивных функций, происходит становление психологии взрослого мужчины и женщины, приобретает определенный социальный статус. Продолжается пубертат 8—10 лет, начинаясь в 9—10-летнем возрасте и завершаясь к 17—18 годам.

**Психологические особенности.** Темп психического развития то ускоряется, то замедляется. Формирование одних психических процессов опережает дру-

гие, т. е. созревание личности происходит диспропорционально. Появляющееся чувство взрослости резко увеличивает уровень притязаний. Умственное развитие достигает уровня гипотетико-дедуктивного мышления. Однако особенности межполушарного взаимодействия складываются к концу пубертата, а созревание лобных долей, определяющее планирование поведения, — еще позднее.

*Аффективная* сфера характеризуется склонностью к эмоциональной возбудимости, повышенной реактивностью, легкими переходами от экзальтации к депрессии. Типичен негативизм. Общение для подростка составляет непростую задачу. Его волнуют право на автономию, определение своего места в мире, выработка жизненной позиции, определение психосексуальной ориентации. Происходит социализация, успешность которой зависит от образования, приобретения профессии, трудовой деятельности, материальной независимости и т. д.

Расширяется диапазон социальных ролей, требующий перестройки ролевой структуры личности. Меняется субъективная значимость и соотношение разных ролей и отношений. Из-за отсутствия равных социальных норм для взрослых и детей подростковый период нередко приводит к конфликтам, например, в семейных отношениях: чем противоречивее требования к разным поколениям, тем больше трудностей у подростков.

**Биологические факторы.** Половое созревание инициируется изменением чувствительности гипоталамуса к половым гормонам. Гипоталамус активизирует гипофиз, который, продуцируя гонадотропные и другие гормоны, стимулирует увеличение роста и массы тела, а также деятельность половых желез и надпочечников, которые, производя гормоны, формируют вторичные половые признаки. У мальчиков увеличиваются гениталии, начинается оволосение по мужскому типу, ломается голос, развиваются мышцы и, наконец, происходят эякуляции (в 13,4—14 лет).

У девочек увеличиваются соски, набухают молочные железы, формируются половые органы, начинается оволосение по женскому типу и появляются менструации (в 12,4—14,4 лет). Рост костей скелета может опережать развитие сердечно-сосудистой системы и тем самым вызывать слабость, утомляемость и неприятные субъективные ощущения. В 11—14 лет девочки по физическому развитию впереди мальчиков на 2—3 года, но уже к 15 годам мальчики опережают девочек.

**Переживание физического развития.** В этом возрасте происходит вторая телесная идентификация, связанная с перестройкой тела и ее маскулинными или фемининными чертами. Осознаваемые подростками изменения могут привести к переживаниям, тревоге за свою внешность и непривычное тело. Чем более бурно протекает пубертат, тем острее эти переживания.

Подростки ищут подтверждений своей нормальности и взрослости. Воспринимаемые особенности тела влияют на переживание своей воображаемой или реальной физической неполноценности. Мальчики чаще переживают свое «недоразвитие». В противоположность этому девочки чаще страдают от опере-

жения физического развития. Возникает либо безразличное отношение к своим физическим слабостям и делаются попытки компенсации в другой сфере, либо появляется стремление исправить недостаток.

Темпы полового созревания могут быть очень разными. Оно может быть и ускоренным — при опережении на 4 года (начало в 8 лет), и задержанным — при отставании на 2 года (начало в 15,5 лет). Акселерированные подростки воспринимаются как более зрелые, умные, сильные, поэтому их эмоциональное состояние может быть более уравновешенным. Подростки, отстающие в телесном развитии (ретарданты), инфантильны, демонстративны либо замкнуты. Чтобы достичь удовлетворяющего их социального статуса, они привлекают к себе внимание показной храбростью, выдумками, авантюризмом или ищут защиты более сильных сверстников. Именно эти подростки рано начинают половую жизнь, пытаясь таким образом завоевать авторитет у сверстников. Не обладая никаким опытом, они могут заразиться половыми инфекциями и заразить других.

Такое поведение чревато эмоциональным напряжением, разочарованиями и невротическими срывами. Рано созревающие подростки имеют меньше времени для приспособления к своеобразию своего тела и возникающему к ним новому отношению окружающих. Это нередко приводит к переживаниям из-за своего воспринимаемого «уродства» или реальных диспропорций.

**Половое самосознание.** У девочек самосознание формируется быстрее, чем у мальчиков. Они взрослеют раньше. У них раньше возникает сложная рефлексия, чувство одиночества, у них сильнее потребность во взаимопонимании и психологической близости. Они чаще пишут дневники, сильнее проявляют интерес к внутреннему миру литературных героев. Они более ориентированы на словесное общение, чем на совместную активность, как это свойственно мальчикам. Они считают себя менее общительными, но более искренними, справедливыми и верными.

Мальчики при оценке девочек отмечают их меньшую смелость, общительность и жизнерадостность, но большую доброту, умение понять другого. Девочки охотнее отдают предпочтение мужскому статусу, чем мальчики — женскому. Они свободнее в общении с мальчиками, чем мальчики с ними. У мальчиков большая потребность в достижениях и перспективах на будущее (С. И. Голод, 1972). У девочек реальное и идеальное «Я» с возрастом объединяются. У мальчиков расогласованность идеального и реального «Я» увеличивается.

Половое соотношение для подростков достаточно актуально, половые роли мужчин и женщин, сверстников и сверстниц воспринимаются дифференцированно (В. Е. Каган и др., 1988). Отношение к мужчине у девочек осуждающее. Мальчики считают, что женщина ответственна за жизнь семьи, тогда как мужчина ее необязательный помощник.

Позиции мальчиков и девочек чреватые в будущем конфликтом инфантильно-эгоистических требований друг к другу. Представления девочек о маскулинности

диссоциированы: романтический образ мужчины противостоит реальным требованиям к нему и его облику. У мальчиков портрет маскулинности одноплановый и реалистичный.

Фемининность девочки оценивали по эмпатийным и эмоционально-действенным качествам, а мальчики — по эмоциональной стабильности и отсутствию напряженности (Т. И. Юферева, 1980). По мнению девочек, у женщин главное качество — женская гордость, а у мужчин — уважение к женщине.

**Сексуальное поведение.** Возраст полового созревания — начало выраженных проявлений либидо. Направление и стиль сексуального поведения определяются половыми гормонами и факторами окружающей среды. Сексуальная активность подростков может опережать их психосексуальное развитие и сексуальную потребность.

Рассматривая отдельные формы подростковой сексуальности, В. Е. Каган (1991) подчеркивает несколько обстоятельств, важных для ее понимания.

Во-первых, интенсивность полового влечения в этом возрасте чрезвычайно велика — его часто именуют периодом подростково-юношеской гиперсексуальности, а в быту — словосочетанием «сексуальная озабоченность». Но те, кто ведет отсчет не от взрослых, а от самих подростков, говорят о постепенном угасании сексуальной активности после 17—18 лет.

Во-вторых, сексуальная активность прежде всего носит характер экспериментирования с новой для подростка функцией, резко вмешивающейся в его переживания и отношения с окружающим миром.

В-третьих, переживание сексуального влечения в этом возрасте только отливается в форму зрелой эротики, которая поначалу чрезвычайно насыщена и напряжена. Неограниченные возможности эротических представлений и фантазий при ограниченных возможностях их реализации могут создавать мощное эмоциональное поле, порой подталкивающее к экстремальным формам сексуального поведения.

В-четвертых, реальность такова, что взрыв пубертатной сексуальности происходит при крайне неподготовленном сознании (из-за отсутствия должного полового воспитания и просвещения на более ранних этапах развития). Впервые получаемые в этом возрасте сведения о реальных сексуальных отношениях часто производят эффект разорвавшейся бомбы и вызывают крайние формы эмоционального реагирования (непринятие, возмущение, отвращение, потрясение).

Наконец, в-пятых, сексуальность в этом возрасте, по крайней мере на начальных его этапах, еще изолирована от других составляющих любви: сексуальное сознание только формируется и сексуальность ищет в нем свое место.

Подростковая сексуальность изолирована от других составляющих любви. Переживание сексуального влечения сильнее самого влечения. Ограниченные возможности его реализации и богатые эротические переживания создают напряжение, иногда с крайними формами сексуального поведения. Сексуальное поведе-

ние подростка — это экспериментирование с аутоэротической, гомосексуальной и гетеросексуальной направленностью.

**Пубертатная мастурбация (онанизм), или аутоэротический способ сексуального удовлетворения**, смягчает или снимает физиологический дискомфорт, порождаемый биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения (Г. С. Васильченко). Она одновременно является экспериментом с собственным телом и отмечается у 96% мужчин и 62% женщин (А. Кшзеу, 1948, 1953).

Она реже отмечается у тех, кто в будущем испытывает сексуальные расстройства. Среди женщин, не переживающих оргазм, в 3 раза больше не мастурбировавших в подростковом возрасте. Число мастурбирующих девушек к 13,5 годам — 22% и к 18,5 годам — 65,8% (В. В. Данилов, 1982). Техника мастурбации у девушек к 17,5 годам: у 70% — стимуляция гениталий руками, у 33,3% — раздражением груди, 40% — стимулируют себя воображением эротических сцен.

Физическая безвредность подростковой мастурбации не означает ее психологической бесконфликтности. Связанное с мастурбацией недовольство собой может вызывать у подростков серьезные переживания. Влечение к самостимуляции сталкивается с чувством вины. Цель — получить удовлетворение от мастурбации — скрывается от себя, воли для преодоления этой привычки недостаточно. Результатом поражения в борьбе с собой становится снижение самоуважения, сомнения в своей полноценности, опасения за будущее и душевный дискомфорт.

Эти переживания могут стать основой для невротического комплекса. Как правило, душевные конфликты возникают у застенчивых, нелюдимых, «заикленых» на своих сомнениях мальчиков. Девочки чаще всего не расценивают свою сексуальную стимуляцию как мастурбацию. Сексуальные эксперименты подростков могут привести к половым контактам с животными (*содомия, зоофилия, скотоложество*). Такой опыт признают 22,4% мужчин и 5% женщин. Максимум такой активности падает на возраст 12—15 лет.

**Пубертатный петтинг** (от англ. *petting* — «ограничение») — взаимные сексуальные ласки, приводящие к сексуальному возбуждению и включающие в себя любые действия, кроме интромиссии (полового акта).

Петтинг может быть поверхностным (объятия, поцелуи и ласки выше пояса, через одежду) или глубоким (ласки обнаженного тела ниже пояса до орально-генитальных контактов). В эти ласки может входить взаимная мастурбация. Петтинг может быть гомосексуальным или гетеросексуальным, завершенным (до оргазма) или незавершенным. Эта сексуальная активность замещает половой акт.

К 15,5 годам легкий петтинг имели 60% девушек, а к 17,5 — уже 92%, из них в 25% случаев — завершенный. Число партнеров у них колебалось от 1 до 4. (В. В. Данилов). В 11—12 лет легкий петтинг испытали 1—2%, в 17 лет — до 70%, глубокий петтинг начали практиковать с 13 лет девочки и с 11 лет мальчики, и к 17 годам его испытали 55%.

Психологическое значение петтинга (более зрелой формы проявления сексуальности, чем мастурбация) в том, что он осуществляет сексуальную разрядку,

тренирует понимание не только словесного общения, но и специфического языка сексуального поведения партнеров. Это дает возможность чувствовать и предвосхищать потребности и реакции своего сексуального партнера. В петтинге объединяются платонический и чувственный компоненты любви. Эта школа освоения сексуальных отношений, несмотря на «невинный» характер, может привести к заражению болезнями, передающимися половым путем.

**Начало половой жизни.** Первый сексуальный опыт в 14-летнем возрасте имеется у одного из 8 мальчиков и у одной из 16 девочек, через год таких подростков уже в 2,5 раза больше. К 16 годам половую жизнь начинают 50% юношей и 40% девушек (И. С. Кон и др., 1996). К 17—19 годам уже 66,5% юношей и 47,2% девушек имеют первые половые контакты.

Мотивы начала половой жизни у мальчиков-подростков до 17 лет: любовь — у 15—20%, настояния партнера — у 15—19,2%, экономические соображения — у 5%, любопытство — у 55—41,6%, физическая потребность — у 5—16,4%, сострадание — у 5—1,4%, совращение — у 1,4%.

Мотивы у девушек до 17 лет: любовь — у 25—42%, настояния партнера — у 25—21%, экономические соображения — у 25—1,6%, любопытство — у 12—13%, физическая потребность — у 1,6%, сострадание — у 3,3%, совращение — у 13,2%, насилие — у 12,5—3,3% (А. Тавит и др., 1980).

Более поздние материалы показывают, что 25% подростков к ранней половой жизни готовы. Только треть девочек считает, что потерять невинность можно лишь в браке. Обычно первые половые контакты происходят у юноши или девушки дома. Большая часть подростков знакомится с партнером в компании друзей или знакомых (28,7% мальчиков и 38,3% девочек), на дискотеках и на каникулах (11,4 и 17,4% соответственно) и только 10% на улице, а 22% мальчиков и 19,4% девочек до первого полового акта не знают друг друга вовсе.

Половину подростков ничто не связывает с партнером. Только треть девушек и 15% юношей вступают в половые контакты после года отношений. Треть девушек и половина юношей совершили первый половой акт в алкогольном опьянении. В 1/3 случаев инициатива начала интимных отношений исходит от молодого человека, 22% девушек сопротивляются и соглашаются (часть из этих случаев — скрытое насилие), 7% — сопротивлялись насилью до конца. К сожалению, девушки, пострадавшие от знакомых, об изнасиловании, как правило, никому не сообщают. В то же время сами подростки, насилующие своих подруг, не осознают своего поведения. 25% подростков не осуждают тех, кто заставляет своих подруг «переспать» с ними против их воли.

Половина подростков не против того, чтобы за сексуальные услуги платили деньги. 56—58% своему сексуальному поведению уделяют внимания не меньше, чем учебе (И. С. Кон и др., 1996). На возраст начала близости влияет сила либидо, установки в обществе (урбанизация, высокий уровень образования, благосостояние). На частоту добрачных связей в конкретных социокультурных условиях не влияют ни социально-правовой статус, ни образование, ни место жительства,

ни традиции родительской семьи. Гораздо большее значение имеют дезактуализация двойного стандарта, демократизация установок на сексуальные связи до брака и нормы групповой поведенческой морали молодежи, условно представленные различными типами субкультур.

Раннему началу половой жизни у подростков в 12—17 лет противостоят определенные мотивы: религиозные убеждения (5,4% у мальчиков и 9,9% у девочек), непривлекательность (9,3 и 20% соответственно), опасение беременности (17,4 и 31,5%), страх венерического заболевания и СПИДа (30,7 и 40,9%), отсутствие подходящего партнера (26,0% и 13,5%), отсутствие подходящего случая (20,4 и 7,7%), противоречие моральным убеждениям (6,4 и 13,7%), неготовность к этому (13,9 и 26,0%), нежелание огорчить родителей (7,9 и 15,9%), нежелание быть использованным для своего удовольствия (8,1 и 25,7%).

У подростков первая близость часто не оправдывает их ожиданий. Примерно 2/3 подростков считают, что поступили правильно, и около 1/5 — что неправильно. Неудовлетворенность происшедшим пережили в зависимости от возраста от 10 до 40% мальчиков и от 40 до 70% девочек. Повторение близости происходит с партнером первой близости у половины мужчин и у 2/3 женщин.

В настоящее время, когда мораль стала менее жесткой, характер сексуальной активности прямо не зависит от степени девиантности подрастающего поколения. Снижение возраста начала половой жизни, происходившее в предшествующие десятилетия, остановилось на уровне около половины уже «искушенных» к 16 годам.

Раннее начало сексуальной активности, как в форме петтинга, так и в форме половых контактов представляет опасность из-за возможного заражения инфекциями, передающимися половым путем, и ВИЧ/СПИДа. Особенно опасно то, что половая жизнь многих подростков беспорядочна и заключается в смене малоизвестных половых партнеров. Кроме того, во время сексуальных контактов они пренебрегают презервативами — и не столько по неосторожности, сколько из-за спонтанности возникающих жизненных ситуаций, к которым они часто бывают не готовы.

Рискованное сексуальное поведение подростков стало причиной того, что они являются основной группой риска по распространению ВИЧ и других заболеваний, передающихся половым путем. Согласно выводам исследователей (В. Тихомирова, 2005):

— подростки получают свой первый сексуальный опыт до того, как взрослые объяснят им про безопасный секс. Когда на урок придет тетя-доктор из районного кожно-венерического диспансера рассказывать о том, какие страшные бывают заболевания, они будут хихикать на задних партах, и их выгонят из класса. А не хихикать они не могут, поскольку им надо продемонстрировать друзьям свою взрослость, показать, что про ЭТО они знают куда больше, чем эта дама;

— сексуальные контакты у подростков происходят, как правило, на фоне употребления алкоголя или наркотических средств, так как все новое вызывает

тревогу, с которой можно справиться только с их помощью. А еще им кажется, что так положено, что алкоголь или наркотики — обязательный атрибут сексуальных отношений. Но в состоянии алкогольного или наркотического опьянения человек не беспокоится по поводу безопасности своего поведения — появляются ощущения легкости, беспечности и вседозволенности;

— сексуальные отношения подростков часто носят вынужденный характер, так как нередко являются платой за услуги. Это не обязательно коммерческий секс, просто в подростковых сообществах свои законы: если я тебя защитил, накормил или напоил — ты мне должна. Таковы правила игры, привычные нормы взаимоотношений друг с другом в подростковой среде. И они не обсуждаются: если не нравится — рискуешь оказаться «вне закона», что чревато физическими и моральными травмами. «Закон» жестко регламентирует поведение подростков и не оставляет выбора, где это делать, с кем и как;

— подросток часто уверен, что делать это обязательно: если тебе 15, а сексуального опыта еще нет, значит, что-то у тебя не в порядке. Или если начал встречаться с девушкой, но не предлагаешь ей секса, она не будет тебя уважать. И секс лишается своей духовной составляющей, а частая смена партнеров — нормальное явление;

— сексуальные отношения выступают как реализация потребности в близости. Физическая близость — потребность каждого человеческого существа. Это то физическое тепло, которое мы получаем, обнимая друга, своего ребенка, родителей — близких духовно и эмоционально людей (в английском языке для такой близости есть специальное слово — *bonding*). Подростку хочется человеческого тепла, поддержки, но с родителями обниматься несолидно, а со сверстниками это тут же приобретает характер сексуальных отношений;

— у подростков не сформированы навыки безопасного сексуального поведения, так как они стесняются покупать презервативы; они нервничают во время сексуальной близости и, хотя и знают про презервативы, боятся показаться смешными или трусливыми. Иногда просто не знают, что это необходимо, ибо взрослые еще не успели донести до них нужную информацию, ведь первые сексуальные контакты происходят у подростков-испытателей раньше определенного взрослого срока;

— как правило, первые сексуальные контакты носят незапланированный характер, и именно первый спонтанный опыт не оставляет возможности для холодного, рассудочного действия — надевания презерватива. Да и нет его под рукой, кто ж знал, что это случится именно сегодня;

— сексуальные отношения подростков носят «подпольный» характер (мы, взрослые, считаем, что это им еще рано, и не позволяем «ничего такого»), и сексом им приходится заниматься в антисанитарных условиях, абсолютно не подходящих для проявления гигиенической заботы о себе;

— подросток просто не умеет, да и не может контролировать свои сексуальные инстинкты, и потому инстинкты управляют им. Он безоружен перед новыми

и сильными сексуальными ощущениями, подчиняется требованиям тела и просто не успевает подумать и воспользоваться знаниями о безопасном сексуальном поведении. В эту минуту не существует будущего, о котором следует позаботиться, есть только желание и потребность тела.

Существует определенная связь сексуальной активности с отклоняющимся (девиантным) поведением. Одни специалисты утверждают, что сексуальная активность способствует его возникновению, другие видят в таком поведении почву для сексуальной вседозволенности. По данным американских исследователей, высокий уровень сексуальной активности подростков сочетается с кражами, угонами транспорта, насилием, бессмысленными разрушениями, алкоголизацией, наркотизацией, проституцией и ВИЧ-инфицированием.

Выделяют следующие девиации психосексуального развития: ускорение (преждевременное развитие) и ретардация (замедление, отставание в развитии). При ускорении, или преждевременном психосексуальном развитии, для поведения ребенка и подростка типичными становятся сексуальные особенности, в норме характеризующие более поздние этапы развития. Могут проявляться в той или иной степени такие формы поведения, как *имитационное коитусное* поведение, элементы *экзгибционистского* и *вуайерного* поведения, *стереотипное мастурбационное* поведение. Ускорение психосексуального развития почти всегда сопровождается *гиперсексуальностью* в противовес *ретардации*, при которой отмечается асексуальное поведение.

Отклоняющееся поведение в форме сексуальных девиаций, представляющее собой систему поступков, отвечающих специфическим признакам девиантности, носящее характер *аутодеструктивности* (заражение ВИЧ/СПИДом) и *деструктивности* (распространение ВИЧ/СПИДа), является следствием дезорганизации нормативно-ценностных систем субъекта и часто идет вразрез с нравственно-этическими, а порой и с правовыми нормами, существующими в современном обществе.

**Поэтому знание особенностей психосексуального развития детей и их половое воспитание могут значительно уменьшить риск опасности заражения заболеваниями, передающимися половым путем, в том числе и ВИЧ/СПИДом.**

## **6.2. ФОРМИРОВАНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ И ЕЕ ОТКЛОНЕНИЯ**

Как известно, сексуальное влечение может быть *гетеросексуальным*, т. е. направленным на людей противоположного пола, и *гомосексуальным* — направленным на людей своего пола. Критическим периодом формирования той или иной половой ориентации считается подростковый возраст. В конечном счете это вопрос о том, войдет человек в число ведущих свойственный большинству сексуальный образ жизни или будет относиться к меньшинству, чья сексуальная жизнь

формулируется понятием «гомосексуальность», или, наконец, его сексуальная ориентация будет двойственной, неопределенной — *бисексуальной*.

Медицине, особенно психиатрии, хорошо известно, что гомосексуальность часто сопровождают нервно-психические расстройства. Но известно также, что их сочетание не обязательно: множество психически больных людей ведут исключительно гетеросексуальную жизнь, и множество людей, ведущих гомосексуальную жизнь, психически здоровы. Считать гомосексуализм диагнозом — примерно то же, что считать диагнозом кашель, рвоту или сердцебиение.

В социальном плане гомосексуальность связана с множеством ограничений и трудностей как сугубо личного (комплекс отличия, невротизация, трудности поиска сексуального партнера), так и социального свойства. Среди последних надо назвать связанное с особенностями сексуального общения (нередко в анонимном круге партнеров) распространение в гомосексуальной среде передающихся половым путем заболеваний, в частности ВИЧ/СПИДа.

В этом плане чрезвычайно показательна история Г. Дугаса, которого считают «отцом СПИДа» в Канаде, если не на всем североамериканском континенте. Это был гомосексуальный «рекордсмен», гордившийся тем, что ежегодно менял до 300 партнеров. В течение 7 лет — сначала не зная о своей болезни, а потом уже зная и идя к гибели — в своей мрачной озлобленности он был источником заражения множества людей (В. Е. Каган, 1991).

Гомосексуализм является нетрадиционным для общества поведенческим сексуальным стереотипом, носители которого, согласно многочисленным исследованиям, относятся к группе риска заражения и распространения ВИЧ-инфекции. Под ним понимают сексуальную ориентацию человека, направленную на лиц своего пола без существенного изменения идентификации собственного пола.

Гомосексуализм различается четырех видов:

а) *псевдогомосексуализм*, при котором выбор гомосексуального партнера делается на основе несексуальных мотивов (материальных выгод, желания унижить человека и т. д.);

б) *гомосексуализм периода развития*;

в) *гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития* и входящий в структуру психических расстройств;

г) *истинный гомосексуализм*, обусловленный гомосексуальными наклонностями.

Вследствие многообразия и неоднозначности перечисленных разновидностей гомосексуализма можно говорить и о неоднородности поведенческих проявлений. Наиболее значимым является поведение лиц с истинным гомосексуализмом. Отметим, что назвать подобное поведение болезненным, или патохарактерологическим, было бы неправомерно, поскольку гомосексуальная ориентация человека и соответствующее поведение не обусловлено патологическими механизмами, а является лишь особым нетрадиционным видом человеческого поведения, *разновидностью нормы*.

Несмотря на упорные поиски, которые велись и ведутся по самым разным направлениям, причину гомосексуализма еще никто не нашел. Но давно доказано, что два процента населения земного шара (двое людей из ста) появляются на свет с заложенной от рождения склонностью к гомосексуальным отношениям, никакие иные для них просто психофизиологически немислимы. Исследования, проведенные на близнецах (так называемый близнецовый метод в генетике), однозначно доказывают, что если один из близнецов проявляет гомосексуальные склонности, то и у другого тоже наблюдается это явление, независимо от того, были это однояйцевые или разнояйцевые близнецы, росли они вместе или были разлучены в раннем детстве.

К врожденному гомосексуализму ученые относят и те случаи, когда в основе явления лежат нейроэндокринные нарушения внутриутробного периода. Так, например, известно, что если плод мужского пола на четвертом-шестом месяце беременности матери испытывает недостаток андрогенов, которые обязательно присутствуют в крови беременной (их выделяют ее надпочечники), то у плода нарушается половая дифференциация, и мальчик впоследствии будет иметь женоподобные черты и может обнаружить гомосексуальные наклонности.

Что же касается женского гомосексуализма, то и для его возникновения рубежным служит период между четвертым и шестым месяцами беременности. Лесбийские наклонности (лесбиянство — женская разновидность однополый любви) проявляются у тех девочек, которые в указанное время подвергались во внутриутробном периоде воздействию повышенной концентрации как женских, так и мужских половых гормонов.

Хотя критический период формирования сексуальной ориентации приходится на подростковый возраст, сам процесс такого формирования начинается намного раньше. Существуют две модели этого процесса: первая — *медико-биологическая*, которая опирается на теорию полоролевой инверсии. В ней гомосексуальность рассматривается как девиация, обязанная прежде всего внутриутробным гормональным нарушениям, несоответствию физического облика половым стереотипам. Критическим периодом считают раннее детство, когда в родительской семье разворачиваются процессы идентификации со своим или противоположным полом.

*Теория инверсии* относит гомосексуальность к тому же классу явлений, что и *гермафродитизм*, *транссексуализм* и *трансвестизм*. Их общую основу составляет рассогласованность различных детерминант или уровней половой идентичности, но эта рассогласованность неодинакова по своей глубине, устойчивости и преимущественной сфере проявления.

*Гермафродитизм* — явная соматическая патология, делающая невозможной половую идентификацию индивида.

*Транссексуализм* — постоянная, тотальная инверсия полоролевой идентичности, несовпадение морфологического пола и полового самосознания субъекта, большей частью обусловленное скрытой генетической или гормональной патологией.

*Трансвестизм* также предполагает инверсию полоролевой идентичности, но не постоянную, а эпизодическую; половая идентичность является в этих случаях как бы сменной, выбираемой на время.

Гомосексуализм не затрагивает ни телосложение, ни полоролевую идентичность, но означает постоянную инверсию сексуальной ориентации, т. е. неадекватный полу выбор сексуального партнера. У бисексуальных индивидов сексуальная инверсия является временной, эпизодической.

*Медико-биологическая теория* происхождения гомосексуализма перечисляет ряд заболеваний, приводящих в результате к *инверсии* (так называют перемену сексуальной ориентации). Среди них: кровоизлияния в определенные отделы мозга, опухоли мозга, энцефалит, травмы черепа. Особо выделим наркоманию и некоторые виды отравлений.

Попытки найти биологические детерминанты «чистого» гомосексуализма до сих пор остаются безуспешными, поэтому психологи и психиатры вынуждены искать источники сексуальной ориентации — как в гомо-, так и в гетеросексуальном варианте — в особенностях индивидуального развития личности.

Вторая модель (в отличие от медико-биологической) — *социально-психологическая*. Она опирается на теорию сексуальной ориентации. В ней рассматривается уже не гомосексуальность, как в первой модели, а нормальный процесс психосексуального развития, предполагающий в качестве своей составной части сексуальную ориентацию. Предпосылки видятся в *нормальной неравномерности и неодновременности физического, полового и социального созревания*, когда в общении со сверстниками формируются и осознаются эротические предпочтения.

Соотношение этих двух теоретических моделей представлено в таблице 11.

Таблица 11

**Модели формирования сексуальной ориентации  
(теория инверсии и теория сексуальной ориентации по И. С. Кону, 1989)**

<b>Факторы</b>	<b>Медико-биологическая модель</b>	<b>Социально-психологическая модель</b>
Общая система отсчета	Сексопатология	Психология развития
Область исследования	Инверсия, отклонение от подразумеваемой нормы	Нормальный процесс психосексуального развития
Предмет исследования	Гомосексуальность как перверсия, девиация или парафилия	Сексуальная ориентация

Ключевой психический процесс	Идентификация со своим или противоположным полом	Формирование и осознание своих эротических предпочтений
Критический период	Раннее детство	Предподростковый и пубертатный возраст
Наиболее значимые другие	Родители	Сверстники
Возможные биологические факторы	Пренатальные гормональные нарушения, несоответствие телосложения половым стереотипам	Нормальная неравномерность физического, полового и социального созревания
Неэротические поведенческие факторы	Несоответствие поведения полоролевым предписаниям	Соотношение гомо- и гетеросексуальности, круг и характер общения

Социально-психологическая теория развития гомосексуализма рассматривает его возникновение также с точки зрения нарушения благоприятного для ребенка социального климата семьи. Девочка, выросшая при злом отце и доброй, заботливой матери, испытывает страх и недоверие ко всем мужчинам, хочет защитить женщин и берет на себя в сексуальной паре — что не редкость — мужскую роль.

Мальчик, растущий с жесткой, авторитарной матерью и добрым, мягким отцом, начинает сторониться женщин, ища тепло и сексуальную ласку в объятиях другого мужчины. Правда, как вариант защитной реакции в этом случае может развиваться и комплекс Казановы — жестко потребительское отношение ко всем женщинам, своеобразное желание отыграться за унижения, которые пришлось пережить матери.

Отрицательную роль в становлении сексуальной типичности может сыграть и отсутствие в пубертатном возрасте возможности общаться с лицами противоположного пола. При всей своей внешней привлекательности закрытые учебные заведения для мальчиков и девочек, столь распространенные в прошлом веке, имели отрицательные стороны именно в этом отношении.

Обе модели не противоречат, а взаимодополняют объяснение причины развития гомосексуализма. Поэтому сексуально-эротическая дифференциация, как и

психосексуальная дифференциация в целом, не биологический или социальный, а *биосоциальный* процесс, стороны которого и отражаются этими моделями. Их можно соотнести и во времени: первая передает сексуальную ориентацию как часть полоролевого развития ребенка, вторая служит ее продолжением и описывает формирование сексуально-эротических предпочтений у подростка.

Формирование сексуальной ориентации — сложный и длительный психологический процесс. Применительно к гомосексуальности в нем выделяют три основных этапа:

1) от первого осознанного интереса к представителю своего пола до первого подозрения о своей гомосексуальности (возраст у мужчин — 14,6 лет и у женщин — 18,2 лет);

2) от первого подозрения о своей гомосексуальности до первого гомосексуального контакта (возраст у мужчин — 16,7 лет и женщин — 19,8 лет);

3) от первого контакта до уверенности в своей гомосексуальности и выработки соответствующего стиля жизни («возраст уверенности» у мужчин — 19 лет и у женщин — 20,7 лет).

Первые два этапа связаны с острым внутренним конфликтом. Подросток подозревает, что с ним происходит нечто необычное, приближающее его к тем, о ком он слышал так много плохого и страшного. Он не хочет в это верить и не может не верить, он не знает, каким будет. Многие пытаются защититься от возникающего внутреннего конфликта гетеросексуальными связями, но они не приносят удовлетворения, а только обостряют конфликт. Эта неопределенность столь тягостна, что может подталкивать к самоубийству. Осознание и принятие своей гомосексуальности, как бы они ни были мучительны, воспринимаются большей частью людей с облегчением уже постольку, поскольку даже плохая определенность лучше неопределенности.

Если сексуальные игры разворачиваются в предпубертатном и младшем подростковом возрасте, то внутренние конфликты присущи среднему и старшему подростковому возрасту. Те, у кого гомосексуальные контакты по каким-то причинам затягиваются, даже при отсутствии врожденных и раноприобретенных предпосылок гомосексуальной ориентации переживают сходные с описанными внутренние конфликты. Поэтому навешивание взрослыми «гомосексуальных» ярлыков может иметь столь же сильное, сколь и нежелательное влияние: «диагноз» снимает неопределенность и подталкивает к изменению образа жизни, круга общения и т. п.

Различают две формы гомосексуального поведения: *активная*, которая предполагает исполнение в сексуальном взаимодействии мужской роли, и *пассивная* — для женской роли.

А. М. Свядош считает, что несовпадение сексуальной роли и паспортного пола указывает на врожденные, а совпадение — на средовые причины гомосексуального поведения. Эту точку зрения разделяют не все, но важно другое: понятие «гомосексуалист» далеко не однозначно даже в сугубо сексуальном плане. Еще больше у него различий в психологическом и социальном планах.

В 1974 г. 206 мужчинам-гомосексуалистам и 78 гетеросексуальным мужчинам был задан ряд вопросов, относившихся к их детству:

- 1) интересовались ли они куклами, вышиванием и другими девичьими играми и занятиями;
- 2) любили ли переодеваться в женскую одежду;
- 3) любили ли играть с девочками больше, чем с мальчиками;
- 4) дразнили ли их сверстники «девчонкой» и другими женскими кличками;
- 5) предпочитали ли они в детстве сексуальные игры с мальчиками, а не с девочками.

Разница оказалась огромной, особенно между крайними группами исключительно гомосексуальных и исключительно гетеросексуальных мужчин (табл. 12).

*Таблица 12*

**Сексуальная ориентация и не соответствующее полу поведение в детстве  
(только ответы «да» и «нет», в % отношении)**

<b>Тип поведения</b>	<b>Исключительно гомосексуальные мужчины</b>	<b>Исключительно гетеросексуальные мужчины</b>
<b>I. Женские игры</b>		
да	46,7	0
нет	53,3	98,5
<b>II. Женская одежда</b>		
да	44	0
нет	56	100
<b>III. Игра с девочками</b>		
да	42,1	1,5
нет	17,8	47,1
<b>IV. Женские прозвища</b>		
да	29,0	1,5
нет	29,9	89,7
не совсем женские, но и не мальчишеские	41,1	8,8
<b>V. Сексуальный интерес к мальчикам</b>		
да	77,6	11,8
нет	19,6	82,4

Почему в подростковом возрасте так распространены гомосексуальные контакты?

По данным разных авторов, исключительно гомосексуальная ориентация зафиксирована у 1—6% мужчин и 1—4% женщин. Обследуя студентов колледжа и исключив из рассмотрения лиц с явной гомосексуальной ориентацией, А. Кинзи нашел, что гомосексуальные контакты имели 36% мужчин и 15% женщин. Но, во-первых, признание наличия в жизненном опыте гомосексуальных контактов не означает признания во внутренней гомосексуальной мотивации этих контактов. А во-вторых, анализ данных А. Кинзи и многих других исследователей показал, что наибольшее количество гомосексуальных контактов приходится на возраст до 15—16 лет. В дальнейшем большинство реципиентов их прекратили.

В педагогической литературе преобладает мнение, что втягивание в гомосексуальные контакты происходит через взрослых. На самом деле это случается не так часто. Больше 60% лиц в «гомосексуальной» выборке А. Кинзи пережили первый гомосексуальный контакт в 12—14 лет, при этом: в 52,5% случаев партнеру было 12—15 лет, в 8% — партнер был младше, в 14% — это были 16—18-летние юноши и лишь в 25,5% — взрослые.

Сходные данные приводят и другие авторы. И хотя роль взрослых исключить невозможно, особенно при указаниях на более ранние контакты (Р. Соренсен, например, выяснил, что больше половины имеющегося в 13—19 лет гомосексуального опыта приходится у мальчиков на 11—12, а у девочек — на 6—10 лет), все же не вызывает сомнений то, что гомосексуальные контакты складываются преимущественно в общении сверстников.

Интерес к половым органам связан с психосексуальным развитием и проявляется уже в раннем детстве. Но как эротический объект свое тело воспринимает впервые именно подросток. Неравномерность полового созревания и различные социокультурные табу придают интересу к телу и его интимным частям запретно-эротическую окраску, причем это относится к людям не только противоположного, но и своего пола. В этом возрасте, особенно мальчиков-подростков, может возбуждать едва ли не все: транспортная теснота или тряска, рассказ о тычинках и пестиках, случайная мысль, книга и т. п., тем более телесная обнаженность. А. Е. Личко в одной из своих лекций ссылался на примеры того, как эротически окрашенные переживания возникают у подростков, впервые в жизни оказавшихся в мужской бане.

Где и как может быть удовлетворен острый интерес к сексуальности? Ни с мамой, ни с папой об этом не поговоришь (в этом утверждении нет осуждения: между родителями и детьми существует некий эмоциональный барьер, мешающий достаточно откровенно обсуждать сексуальные темы). С учителем — тем более. Обсуждения, сопоставления, испытания возможны лишь в среде сверстников. Но, как уже говорилось, это возраст половой гомогенизации и сегрегации: игры и общение преимущественно однополю. К тому же сверстник своего пола физически доступнее, у него те же интересы и проблемы, а запреты обнажения при однопо-

лом общении гораздо менее строги, чем при разнополом. Поэтому неудивительно преобладание сексуальных игр с однополыми сверстниками. Такие игры, как бы ни был широк диапазон их содержания, не считаются в мальчишеской среде зазорными, если в них не вовлечены взрослые. Поскольку в женском общении проявления нежности, объятия, поцелуи вообще не ограничиваются, то возможная эротическая окраска такого поведения часто не замечается. К концу пубертатного периода такие игры обычно прекращаются, так что основания для беспокойства возникают лишь при их продолжении после 15—16 лет.

Безусловно, список причин, ведущих к гомосексуальным проявлениям, неполон, но и этого достаточно, чтобы признать за взрослыми людьми право выбирать сексуального партнера среди той половой группы, которая ему ближе.

Однако очень часто у мужчин, практикующих секс с мужчинами, рискованное сексуальное поведение связано с низкой самооценкой и *внутренней гомофобией*. Внутренней гомофобией называют предрассудки и стереотипы о гомосексуальности, которые влияют на самих гомосексуальных людей. Подобная гомофобия часто приводит к неприятию самого себя, самообвинениям и депрессии. Часто результатом становится рискованное сексуальное поведение. По статистике, среди мужчин с высоким уровнем внутренней гомофобии чаще встречается ВИЧ, они реже состоят в стабильных отношениях, у них мало знакомых среди других гомосексуалистов.

Транссексуальные люди, которые ощущают себя женщинами, будучи биологически мужчинами, страдают от очень сильного неприятия со стороны общества. Среди них распространены низкая самооценка, депрессия, чувство изоляции и бессилия, что в свою очередь приводит к неспособности защитить себя от ВИЧ. Например, они могут соглашаться на опасный секс только для того, чтобы подтвердить свою женственность и повысить самооценку.

### **6.3. ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА**

Половое воспитание — система медико-психологических, гражданских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодежи правильного отношения к вопросам пола.

Цель полового воспитания — способствовать гармоничному развитию подрастающего поколения и нравственным межполовым отношениям, содействовать укреплению брака и семьи.

Содержание полового воспитания составляет все то, что воспитывает здоровую и целостную личность женщины и мужчины, способных адекватно осознавать и переживать свои физиологические и психологические особенности в соответствии с существующими в обществе социальными и нравственными нормами и благодаря этому устанавливать оптимальные отношения с людьми своего и противоположного пола во всех сферах жизни.

В условиях нашей страны дистанция между национальными и региональными психосексуальными культурами очень велика, и люди придают сохранению традиции в этой сфере жизни чрезвычайно насыщенное эмоциональное значение, отчего обсуждение проблем пола часто приобретает идеологическую окраску. Это выдвигает целый комплекс проблем по разработке стратегии и тактики, путей, методов и средств организации полового воспитания, дифференцированных в зависимости от той культуры, в которой оно будет осуществляться.

В большинстве стран мира общественный уклад диктует следующие направления воспитания: девочка — будущая мать и хозяйка дома, мужчина — защитник и кормилец семьи.

На протяжении многих веков воспитание мальчиков и девочек происходило в однополых группах. Расставшись в раннем детстве, будущие продолжатели рода человеческого встречались для общения лишь в предсвадебный период, поэтому душа представителя противоположного пола была им совершенно непонятна. Некоторые супружеские пары, прожив долгую совместную жизнь, родив и воспитав детей, так и оставались духовно чужими друг другу. Не стоит ходить за примерами слишком далеко или углубляться в историю человечества. Достаточно вспомнить, что в нашей стране до 1954 г. существовала система раздельного обучения мальчиков и девочек, хотя, конечно, во внеурочное время дети и встречались, и общались.

У раздельного обучения свои плюсы и свои минусы. Девочка была менее доступной, более загадочной и, значит, более желанной. Мужские компании были крепче, мужественность почиталась и уважалась. Существовала иная система ценностей. Юношу воспринимали не с точки зрения «сколько ты стоишь?», а «чего ты заслуживаешь?». Интимная жизнь подростка 50-х гг. была более целомудренной, подчиненной морали взрослых, полоролевые функции после свадьбы обретали новую окраску и особую значимость. Но закомплексованность, скованность в сексуальных отношениях, безрадостные «грехи на стороне» как попытка расцветить будничную законную интимную жизнь и, как результат, огласка, развод, иногда под давлением родственников, возмущенных супружеской неверностью, — тоже последствия раздельного воспитания.

Семидесятые годы XX столетия предложили нашему обществу другую крайность. Пришедшее к нам с некоторым опозданием движение хиппи — детей, восставших против морали родителей, — породило феномен сексуальной революции, когда все принадлежали всем. Из интимных отношений уходило главное — духовность. Был провозглашен лозунг всеобщей ответственности за коллективные действия, в том числе и за коллективное отцовство, что в конечном счете породило безответственность и сиротство.

Чем с сексологической точки зрения характеризуются взаимоотношения сегодняшних подростков? Как ни странно, модой на моногамность, стремлением к единопартнерству. Кроме того, эротичность все больше феминизируется и маскулинизируется.

Сексуальные проявления имеют три стадии.

Первая называется *платонической* и включает в себя намеки, взгляды, речевые формы общения.

*Эротическая* стадия самая многоплановая. К эротическим символам можно отнести массу предметов материальной культуры: запахи духов, модную одежду, возбуждающую музыку. Контакты между двумя людьми — объятия, поцелуи, ласки — тоже эротика.

Третья стадия — *коитальная* («коитус» на латинском — «соитие»).

Степень сексуальности зависит от вкуса и уровня общей культуры. И то и другое, т. е. привитие здорового эстетического вкуса и развитие общей культуры, является воспитательной функцией образовательного учреждения.

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

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

Учитывая сложившуюся в стране ситуацию с ВИЧ/СПИДом, *задачами полового воспитания* должны стать:

- привитие учащимся обоюбого пола основных навыков общения и взаимопонимания, а также способности принимать осознанные решения;
- формирование у учащихся позитивного отношения к здоровому образу жизни, планированию семьи и родительскому долгу;
- защита (методами воспитания) физического и репродуктивного здоровья учащихся;
- обеспечение учащихся систематической и грамотной информацией, которая поможет им понять, что с ними происходит, адаптироваться к изменениям, происходящим в период полового созревания, с наименьшими психологическими потерями пройти этот непростой этап взросления.

При осуществлении полового воспитания необходимо придерживаться следующих *принципов*:

1. Половое воспитание не должно быть обособленным, оно должно осуществляться во взаимосвязи со всеми другими направлениями учебно-воспитательной работы школы.
2. Необходимо, чтобы содержание, формы и методы полового воспитания соответствовали возрастным особенностям учащихся (в том числе и этапам полово-

го развития), а также уровню их знаний по конкретным темам. Они имеют право получать исчерпывающие (на их уровне) нравственно направляющие ответы на все возникающие у них вопросы.

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

Исходя из общих задач полового воспитания, выделяют несколько основных его **направлений**:

а) полоролевое воспитание, помогающее формированию психологической мужественности и женственности и оптимальных коммуникативных установок мужчин и женщин;

б) сексуальное воспитание, направленное на оптимизацию формирования сексуально-эротических ориентации и сексуального сознания в контексте психосексуальной культуры и нравственных требований;

в) подготовка к ответственному супружеству как формирование супружеских ролей и выработка установок взаимно ответственного партнерства;

г) подготовка к ответственному родительству, предполагающая формирование ролевого поведения матери и отца по отношению к детям и выработку оптимальных репродуктивных установок;

д) формирование здорового образа жизни.

Эти направления — взаимосвязанные и взаимообусловленные составляющие целостного процесса воспитания, начинающегося с первых дней жизни ребенка.

Таким образом, профилактика ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних должна быть направлена на снижение факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией (безответственного сексуального и рискованного наркоманического поведения) и усиление протективных факторов среди несовершеннолетних и молодежи (осознанного ответственного поведения и здорового образа жизни).

### Половое воспитание детей до 7 лет

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

В 5—7 лет дети понимают более сложные стороны таких явлений, как здоровье, болезнь и сексуальность. Они интересуются такими вещами, как рождение,

брак или смерть. Дети лучше понимают ответы на свои вопросы, если они иллюстрируются конкретными примерами из повседневной жизни. Если, скажем, ваш ребенок до крови порезал палец, самое время объяснить ему, что микробы, вызывающие болезнь, могут попадать в организм через ранку. В этом возрасте ребенок должен знать, что нельзя принимать лекарства без разрешения родителей.

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

Совсем еще маленькие дети, казалось бы не имеющие никакого понятия о половых различиях, не только обладают своим опытом, но и очень скоро составляют на этот счет определенное представление. Естественно, в большинстве случаев оно ошибочно, и, если не исправить такое ошибочное представление ребенка, оно рискует нарушить его сексуальное равновесие в будущем.

Например, особенность девочек в возрасте 6—7 лет — трогательное жеманное кокетство, связанное с самым первым пиком женской сексуальности. Для родителей и воспитателей в этот период очень важно не впадать в крайности. Не надо усиленно демонстрировать окружающим проступающую сквозь детские черты женственность. Намеки, не всегда тактичные шутки смущают ребенка или, напротив, провоцируют чересчур развязное поведение. Впоследствии оно может помешать девочке в общении со сверстниками, и те же самые взрослые, еще вчера восхищавшиеся жеманством малышки, резко одергивают ее, теперь уже угловатого подростка.

Другая крайность — пресечение у девочки дошкольного возраста всех форм женского поведения, что ведет к развитию у ребенка замкнутости, неуверенности в себе, затрудняет его контакты со сверстниками. Отношение к детскому кокетству должно быть здоровым и спокойным.

Еще пример. Мальчика шести лет родители, воспитатели или старшие дети «уличают» в мастурбации и в большинстве случаев бестактно и грубо обращаются с ним: кричат на него, бьют по гениталиям, пугают: «Если будешь продолжать делать то, что делаешь, то превратишься в девочку». Все это вселяет в душу ребенка глубокий страх, и есть серьезная опасность, что в подростково-юношеском возрасте этот страх спровоцирует у физически и психически нормального человека вторичную импотенцию. А последствия сексуальных фиаско у молодых людей бывают самые трагические — от глубокой депрессии до попыток самоубийства.

Следует тактично, не пугая, отучить малыша от этой привычки, выяснив ее причину. Она чаще всего в гельминтах (глистах), в невнимании к личной гигиене, в неудобной, натирающей, грубой одежде. Сначала надо справиться с этим, а затем не торопясь, ласково переключить интересы ребенка на объекты внешнего мира.

То, что происходит на ранней стадии полового развития детей, ничем не отличается от того, что случается в других сферах. Здесь тоже трудно исправить ошибки, если они были допущены с самого начала. Поэтому, чтобы не допустить

нежелательных последствий, важно знать ошибочные полоролевые представления у детей.

Очень часто представление ребенка о поле (мужском и женском) никак и ни в чем не проявляется, и тогда родителей и воспитателей должно обеспокоить само его отсутствие. Здоровые дети в возрасте 4—6 лет обычно задают вопросы, касающиеся пола, или сами комментируют какие-то понятия. Если они не делают этого, родителям можно порекомендовать как бы случайно самим затронуть эту тему, связав ее, например, с рождением какого-нибудь живого существа — щенка, котенка и т. п.

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

Девочки, как и мальчики, нередко уверены, что у женщин тоже есть половой член, а когда обнаруживают его отсутствие, считают это каким-то отклонением от нормы. Девочек вообще часто беспокоит то, что они устроены не так, как мальчики. Они часто думают, что какое-то несчастье лишило их того, что есть у других, иногда даже видят в этом наказание.

Одно из самых частых ошибочных представлений возникает по поводу рождения детей. Вместо того чтобы объяснить действительное происхождение ребенка, родители говорят малышу, что детей находят в капусте, что их приносит аист или что их покупают в магазине. Некоторые утверждают, что дети появляются только тогда, когда два человека любят друг друга. Иногда такая недостоверная информация приводит к тяжелым последствиям. Так, у одной юной девушки была половая близость с мужчиной, и возникшую в результате беременность она никак не связывала с этой близостью. Девушка была убеждена, что ничем не рисковала — ведь она же не была влюблена в этого мужчину.

Как правило, дети думают, будто мама носит ребенка в желудке и он выходит через анальное отверстие. Они долго еще остаются в неведении, какие функции выполняют анальное отверстие и влагалище.

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

Дети, которым были преподаны слишком суровые уроки стыда или которых наказывали, когда их заставляли в уединении играть со своими половыми органами, начинают испытывать враждебность к этим органам, связывая с ними нечто дурное.

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

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

### Половое воспитание детей 7—11 лет

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

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

Долгое время полагали, что младший школьный возраст сексуально нейтрален. В психоанализе он рассматривался как латентный период. В ряде отечественных руководств можно встретить обобщенный, «бесполой» анализ психологии и поведения младшего школьника. Из общепризнанного факта дружбы с представителями своего пола как важной характеристики развития нельзя сделать однозначный вывод о сексуальной латентности данного периода. Этот факт относится скорее к гетеросексуальной активности, чем к сексуальным интересам, и не означает прекращения или временной остановки психосексуального развития ни мальчиков, ни девочек.

Возраст 9—10 лет — это период половой гомогенизации — подражания и привязанности мальчиков к отцу, а девочек к матери. Иногда переход к этому этапу происходит быстро, и изменение привязанностей ребенка особенно разительны. Класс разбивается на два лагеря — мальчиков и девочек, измена своему лагерю осуждается и презирается.

Мальчики играют в военные игры, зачитываются героической литературой, засиживаются у телевизоров и компьютеров и подражают своим кумирам по книгам, компьютерным играм и блокбастерам. Они больше тянутся к отцу, а при его отсутствии — к мужчинам вообще (преподавателям, руководителям «мужских» кружков и секций), проявляют настойчивый интерес к «мужской» работе.

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

И для мальчиков, и для девочек это период формирования оценки себя как представителя определенного пола. Поляризация полов — естественная законо-

мерность развития, внешне часто проявляющаяся действиями агрессивного или оборонительного порядка, которые отражают внутренний интерес к другому полу. В последнее время все чаще у девочек этого возраста приходится наблюдать мальчишески агрессивный стиль поведения, ранее проявлявшийся, и то не всегда и не у всех, лишь в пубертатном периоде. По-видимому, здесь сказываются и акселерация, и заметное смещение половых ролей и представлений о маскулинности-фемининности в современном обществе и семье.

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

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

Таким образом, профилактика ВИЧ/СПИДа среди здоровых детей до 10—11 лет предполагает предоставление им элементарных знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе, формирование и поддержание здорового образа жизни, включая и антинаркотические установки. Эти направления профилактики продолжают реализовываться в следующие возрастные периоды.

### Половое воспитание подростков

Возраст от 12 до 18 лет — время быстрых перемен и трудных поисков себя и своего пути в жизни. Физические изменения — лишь часть процесса взросления. Одновременно с ним подростки и молодые люди сталкиваются с многочисленными психологическими проблемами: они становятся независимыми от родителей, учатся правильно выстраивать свои отношения со сверстниками, вырабатывают для себя комплекс этических принципов, развиваются интеллектуально, приобретают чувство индивидуальной и коллективной ответственности.

И это далеко не полный перечень перемен в жизни подростка. Вживаясь в эту новую для него сложную обстановку, он должен в то же время решать вопросы, связанные с формирующейся сексуальностью, а именно: приспосабливаться к новым половым ощущениям, включаться в разные формы сексуальной активности,

распознавать возникающее чувство любви, предотвращать нежелательную беременность.

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

Одна из немногих признанных эффективными программ полового воспитания на базе общеобразовательной школы была реализована в Балтиморе (США). Здесь обычные уроки и индивидуальные занятия в учебном комбинате, включающем начальную и среднюю школы, объединили с занятиями по половому воспитанию и основам медицинской помощи на базе клиники, расположенной на той же улице. Такая организация учебного процесса позволила в течение двух лет снизить частоту незапланированной беременности у подростков на 30%, однако было бы ошибкой считать эту программу простой программой полового воспитания. Ее результаты нельзя сравнивать и с результатами традиционных программ, призванных достигнуть той же цели в процессе обычных классных занятий, так как в действительности в данном случае только 22% всех контактов между преподавателями и учащимися имели место в классных помещениях.

Еще одна оригинальная программа для восьмых классов была разработана и внедряется в школах Атланты (США). Суть ее состоит в том, чтобы научить подростков противостоять влиянию сверстников и среды, направленному на вовлечение их в сексуальную активность. С помощью практических занятий под руководством психологов они приобретали навык давать отпор сексуальным домогательствам, щадя при этом чувства партнера.

Данные примеры высвечивают главные проблемы на пути реализации программ полового воспитания. Информирование подростков само по себе вряд ли может изменить их половое поведение. Это, несомненно, объясняет, почему половое воспитание в школе столь неэффективно, ведь большинство программ представляют собой откровенный призыв к сексуальному воздержанию, поэтому подростки попросту игнорируют их.

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

Наиболее эффективным может оказаться компромиссный подход, подчеркивающий важность воздержания, но и оставляющий подростку альтернативные

варианты поведения. Для практической реализации такого подхода необходимо следующее:

- поощрять принятие подростками самостоятельных здравых решений;
- предоставлять им наглядную информацию, иллюстрирующую неблагоприятные последствия для здоровья ранней беременности и заболеваний, передаваемых половым путем;
- оказывать моральную поддержку подросткам, решившимся воздерживаться от половых контактов;
- способствовать укреплению взаимопонимания между подростками и родителями;
- привлекать к половому воспитанию подростков их родителей, а также пользующихся уважением других взрослых людей;
- предоставлять высококвалифицированные консультации и медицинскую помощь всем нуждающимся.

Можно выделить несколько основных направлений помощи подросткам в формировании сексуальной ориентации:

1. Наиболее раннее выявление детей, чье физическое, психическое и сексуальное развитие не соответствует половым стереотипам.

2. Систематическое, а не от случая к случаю, половое воспитание родителей. Делать это следует, не прибегая к медицинской аргументации, которая может испугать родителей. Лучше опираться на необходимость развития у детей навыков самостоятельности и общительности, воспитания маскулинности и феминности, развития адаптивных возможностей ребенка. Все педагоги должны быть осведомлены о том, что предрекание реальных и мнимых последствий подросткового гомосексуализма может становиться одним из условий формирования гомосексуальной ориентации. Для этого и сами педагоги должны выработать более здравую и гибкую систему взглядов, обеспечивающую тактическую и стратегическую мобильность их поведения.

3. Необходима подготовка педагогов к практической встрече с различными проявлениями сексуального экспериментирования и поведения подростков. Пока же педагогическая беспомощность в этом плане компенсируется лишь сверхбдительностью, имеющей преимущественно отрицательные последствия в виде навешивания диагностических ярлыков и воспитательных репрессий.

Оберегая детей и подростков от контактов с гомосексуальными личностями (а для этого надо позаботиться о том, чтобы среди педагогов в школах, а особенно интернатах и разного рода лагерях не было лиц с гомосексуальными склонностями и другими необычными сексуальными предпочтениями), нельзя забывать и о бережном, щадящем отношении к самим детям и подросткам. Если вскрываются те или иные тревожащие педагогов ситуации, то разрешать их нужно тактично, в самом узком кругу лиц — без публичных обсуждений и широкой огласки.

Наблюдение за сексуальными играми подростков не должно оставлять педагога безучастным: молчание может быть воспринято ими как одобрение. Если

педагог не выслеживал и тем самым не провоцировал подростков, то у него всегда оказывается возможность высказаться по поводу происшедшего в процессе нормального человеческого общения. Его здравая позиция, не провоцирующая реакции эмансипации и объединения со сверстниками с целью групповой психологической защиты, а напротив, апеллирующая к самостоятельности подростков и демонстрирующая уважение к ним и их проблемам, открывает наиболее эффективные пути педагогического воздействия.

В ряде случаев может потребоваться консультация с врачом. Лучше, если педагог найдет возможность предварительно встретиться с ним, чтобы вместе обдумать, как максимально пощадить чувства ребенка, а также обсудить тактику дальнейшего поведения педагога.

### **6.3.1. Участие родителей в половом воспитании детей и подростков**

Для развития ребенка большое значение имеет поведение родителей, и Д. В. Колесов (1986) справедливо подчеркивает необходимость избегать всего, что способствует возникновению и закреплению негативизма по отношению к другому полу.

Например, мальчик может оказаться единственным смыслом жизни для одинокой матери, отдающей ему всю свою любовь. Она считает, что он должен общаться лишь с мужчинами, которые и в какой-то мере заменят отца, и мужественности научат, и к дурному не подтолкнут. Результатом может стать «замыкание» сексуальных чувств на образе человека своего пола, т. е. сексуальная переориентация.

Другой вариант — бесконечно любящий дочь отец, внушающий ей, что от мужчин и мальчишек надо держаться как можно дальше, потому что ничего хорошего от них ждать нельзя. Понятно, что примеры описывают не абсолютные правила, а ситуации риска. Многое зависит и от ребенка. Далек не каждый мальчик станет безоговорочно подчиняться требованиям с кем-то играть, а с кем-то нет. И результатом действий ласкового отца может оказаться совсем не сексуальная переориентация дочери, а предпочтение, которое она будет оказывать похожим на отца представителям мужского пола.

Здесь многое зависит от врожденных особенностей маскулинности и феминности — сексуальную дезориентацию скорее воспримут мальчик с достаточно выраженными феминными свойствами и девочка — с маскулинными. Это еще раз подчеркивает значение предостережений Д. В. Колесова, так как особенности детей могут способствовать родительским влияниям и поддерживать их. Предостерегать тех, чей ребенок не воспринимает или не позволяет такого обращения с собой, не приходится. Но там, где ребенок восприимчив к родительским влияниям, идет им навстречу или по крайней мере не избегает их, предостережения должны звучать особенно громко и убедительно.

В детстве роль сверстников по сравнению с родителями не так велика, однако полностью пренебрегать ею нет оснований. Мы уже говорили, что у дошкольни-

ков соответствие или несоответствие половой роли является одним из основных регуляторов отношений. Мальчик, по тем или иным признакам фемининный и не умеющий изменить свое поведение, рискует, так и не добившись расположения сверстников, усилить свою привязанность к матери и восприимчивость к ее влияниям.

Отдельно отметим роль для мальчиков отца. Нередко отцы ярко выраженного маскулинного типа бывают разочарованы недостаточной, на их взгляд, мужественностью сына. Одни, исполненные любви, другие с оттенком неприятия стремятся исправить этот недостаток своего чада. Первые действительно могут помочь мальчишке, вовлекая его в свои занятия, не отказывая себе в удовольствии поиграть или повозиться с ним и постепенно закрепляя и развивая навыки маскулинного поведения.

Вторые же часто предъявляют к сыну максималистские требования и добиваются их исполнения в очень жестком стиле, результатом чего становится нарушение у мальчика эмоциональной связи с отцом и усиление психологических контактов с матерью и другими женщинами в семье. Дело может принимать еще более тяжелый оборот при наличии старшего брата, разделяющего взгляды отца. В общении с женщинами, которые и жалеют, и проявляют к нему особую ласковость, мальчик нередко феминизирует поведение, что в свою очередь провоцирует реакцию отторжения со стороны сверстников и т. д.

Сходные процессы могут продолжаться в младшем школьном возрасте. Но здесь группа риска шире. Как уже отмечалось, для части детей начало школьного обучения — это первый «выход в свет». Чересчур «домашние» (но вовсе не обязательно фемининные) мальчики могут трудно входить в новую для них жизнь и казаться сверстникам «девчонками». Это предъявляет особые требования к педагогам и родителям, которые должны предотвратить негативизацию его представлений о других людях своего пола и помочь мальчику адаптироваться в среде своих одноклассников.

Родители и другие члены семьи напрямую формируют взгляды, отношения и ценности детей и подростков. Дети перенимают у них не только полоролевое поведение, родители также влияют на выбор, который делает молодой человек в отношении своего сексуального поведения. У них есть возможность способствовать формированию здоровой сексуальности подростка, которая не будет подвергать его здоровью и жизни опасности. Научные исследования показывают, что подростки, живущие в стабильных семьях, в которых принято искреннее обсуждение сложных вопросов, позднее начинают сексуальную жизнь, имеют меньшее количество половых партнеров в будущем и гораздо чаще используют контрацептивные средства.

К сожалению, в нашей бытовой культуре считается неприличным говорить с ребенком о сексе. Это лишает родителей возможности влиять на сексуальное поведение подростка. Даже у самых заботливых родителей одна лишь мысль о подобных разговорах вызывает неудобство и смущение. Часто взрослым не

хватает знаний об анатомии, физиологии, да и в других смежных дисциплинах они путаются. Они могут беспокоиться о том, в каком возрасте лучше начать говорить с ребенком о сексе, веря в распространенный миф, что подобные разговоры могут подтолкнуть молодых людей к экспериментам с сексом. Самих родителей тоже никто не просвещал — ни по вопросам безопасного поведения, ни по ВИЧ/СПИДу. Для многих из них проблема сексуальности является табуированным вопросом, так как в свое время у них был негативный сексуальный опыт.

Взрослые члены семьи могут стыдливо избегать любых вопросов, связанных с профилактикой ВИЧ, так как это может привести к разговору о сексуальности. Единственное, что при этом не учитывается, — это то, что отсутствие информации о сексе приводит к ложным и опасным представлениям о нем. Если подростки не получают знаний дома, они все равно будут искать их — у ровесников, в журналах, в телепередачах, в эротической и даже порнографической продукции.

В результате подростки усваивают мифы и стереотипы, которые делают их уязвимыми перед нежелательным и опасным сексуальным опытом. Во многих странах дети хотят получать информацию о сексе дома, от самых близких людей, которым они доверяют. Это говорит о том, что **необходимо заниматься просвещением не только детей, но и их родителей.**

Программы по образованию родителей призваны научить взрослых эффективному общению с детьми, особенно по вопросам безопасного секса. Обычно в подобную программу входят следующие темы:

- объяснение преимуществ активности родителей в образовании детей по вопросам сексуальности и сексуальных отношений;
- основная информация о ВИЧ и других инфекциях, передающихся половым путем, а также о безопасном сексуальном поведении;
- тренинг по развитию навыков общения, включающий в себя упражнения по ответам на возможные вопросы подростка о сексе; обучение тому, как заговорить с ребенком о сексуальности, о сексуальном поведении и на другие сложные темы;
- изучение собственных мифов, взглядов и убеждений, которые могут оказать влияние на сексуальное поведение подростка;
- материалы и источники дополнительной информации, которые могут понадобиться при дальнейшем обсуждении с ребенком вопросов принятия решений в отношении сексуальности.

Идея заниматься образованием родителей, чтобы повлиять на поведение детей, сравнительно нова. Тем не менее первые эксперименты подобного рода, реализованные при поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ, оказались весьма успешными.

Родители и другие взрослые начинают гораздо лучше относиться к обучению безопасному сексуальному поведению своих детей, если сами участвуют в подобной программе. Участвуя в программе, родители начинают понимать, чему имен-

но учат в рамках сексуального образования, осознают, что сами недостаточно хорошо подготовлены для просвещения подростков.

Каким бы сложным ни было обсуждение ВИЧ/СПИДа с ребенком, делать это необходимо. Подавляющее большинство школьников младших классов уже слышали об этой проблеме. Хотя дети узнают о существовании СПИДа достаточно рано, их представления больше похожи на фильм ужасов, чем на реальные факты. У родителей есть возможность прояснить для них этот вопрос. Разумеется, для этого им придется сначала узнать информацию о ВИЧ/СПИДе самим, что тоже будет нелишним. Разговор о СПИДе станет основой для разговора о безопасном поведении в отношении ВИЧ, а значит, поможет защитить ребенка.

### **6.3.2. Воспитание несовершеннолетних, переживших сексуальное насилие**

Особого внимания требуют еще два вопроса: растление несовершеннолетних гомосексуалистами-педофилами и сексуальное насилие старших или более сильных подростков над младшими или слабыми.

Нет сомнений в том, что детям в возрасте 11—13 лет нужно рассказать о патологической сексуальной направленности некоторых людей. Рассказать спокойно, без деталей и подробностей, просто поставить в известность и попросить их быть осторожней. Особенно важно это в тех регионах, где случаи гомосексуального насилия имеют этнокультурные корни. Подобное встречается, например, в некоторых регионах Крайнего Севера, в отдельных регионах России, граничащих со Средней Азией. Известно, что в XIX веке на Востоке повсеместно использовались в качестве наложников мальчики-бачи. Эти несчастные навсегда лишались возможности вести нормальные гетеросексуальные отношения, а общество теряло генетический фонд, так как родовая ветвь такого мальчика прерывалась на нем.

Сексуальное насилие над детьми можно определять по-разному, но в данной работе мы говорим только о сексуальных контактах, совершенных против воли с человеком, не достигшим 18 лет. Сексуальное насилие — это болезненный во многих отношениях опыт, который может привести к физиологическим, психосоциальным и эмоциональным проблемам в будущем.

Опыт сексуального насилия может различаться по длительности (многократное изнасилование одним и тем же человеком), уровню примененной физической силы (от ласк до попыток принуждения к оральному, вагинальному и анальному сексу), личности насильника (от незнакомца до ближайшего родственника). Все эти факторы непосредственно связаны с тем, к каким последствиям насилие может привести.

Сексуальное насилие необходимо отличать от сексуального экспериментирования детей и подростков, так как оно происходит против воли и воспринимается ребенком как нежелательное. Насилие подразумевает большое неравенство в

силе и опыте между жертвой и насильником. Обычно насильник как минимум на 5 лет старше жертвы.

Лишь небольшая часть случаев сексуального насилия над детьми становится известна властям. По некоторым оценкам, в США 33% женщин и 10% мужчин, т. е. каждая третья женщина и каждый десятый мужчина в возрасте до 18 лет подвергались сексуальному насилию. Реже всего сообщаются властям случаи сексуального насилия над мальчиками. Большинство случаев сексуального насилия происходит в неблагополучных семьях. Наибольшему риску подвергаются дети из семей, где существуют бытовые проблемы, бедность, домашнее насилие, злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также дети тех родителей, которые сами подвергались сексуальному насилию в детстве.

Детство и ранний подростковый возраст — самый критический период в сексуальном, социальном и личном развитии человека. Сексуальное насилие разрушает представление жертвы о своем теле и личности. Это наряду с попытками преодолеть последствия перенесенной травмы может привести к злоупотреблению наркотиками и рискованному сексу в зрелом возрасте, что значительно повышает вероятность ВИЧ-инфицирования.

Люди, пережившие в детстве сексуальное насилие, чаще чувствуют себя беспомощными в отношении своих сексуальных возможностей и испытывают затруднения в принятии тех или иных решений, связанных с интимной сферой человеческих взаимоотношений. Это происходит потому, что в детстве насильник лишил их права самостоятельно принимать решения в отношении своего сексуального поведения. Они могут вести рискованную сексуальную жизнь, не отказываясь настойчивым партнерам, но не испытывая при этом сексуального удовлетворения.

Людам, пережившим сексуальное насилие, может быть сложно формировать постоянные отношения, они часто испытывают затруднения и в выражении своих чувств. В результате у них может быть много сексуальных партнеров, много случайных и кратковременных связей.

Взрослые люди, которые когда-то видели в сексуальном насилии позитивные моменты (например, внимание к себе), могут использовать секс как способ забыться и улучшить самочувствие, что неизбежно ведет к сексуальной зависимости.

Влияние сексуального насилия на мужчин и женщин может быть различным.

Женщины, пережившие в детстве сексуальное насилие, реже настаивают на использовании партнером презервативов, в сексуальных отношениях чаще ведут себя пассивно и привлекают партнеров, склонных к контролирующему поведению.

Мужчины, пережившие в детстве такое насилие, в среднем сексуально более активны, ведут себя более агрессивно и часто сами становятся насильниками.

Взрослые, пережившие в детстве сексуальное насилие, стараются различными способами «отключиться» от негативных мыслей и эмоций, связанных с вос-

поминаниями о случившемся. Одним из способов добиться этого является употребление алкоголя и наркотиков.

Исследование среди мужчин и женщин, злоупотребляющих наркотиками, показало, что 34% из них, т. е. каждый третий из наркоманов, пережили сексуальное насилие в детстве. Среди наркозависимых — люди, эмоционально травмированные в детстве сексуальным насилием, они более склонны к сексу за деньги и более безразличны к использованию презервативов.

Повторное сексуальное насилие над взрослым, пережившим подобную психотравму в детстве, также сильно влияет на склонность к рискованному поведению. Одно из исследований показало, что у женщин, переживших сексуальное насилие в детстве и повторно в зрелом возрасте, гораздо чаще наблюдаются нежелательные беременности, инфекции, передаваемые половым путем, и рискованные сексуальные практики, чем у тех, кто пережил насилие только в детстве.

Существует много реабилитационных программ для переживших сексуальное насилие в детстве, но они редко нацелены на ограничение рискованного поведения в отношении ВИЧ. Такие программы, как правило, предназначены только для женщин, тогда как мужчинам, пережившим насилие, что чревато не менее опасными последствиями, обратиться некуда.

В некоторых американских школах и детских садах были введены программы профилактики сексуального насилия — «Хорошее прикосновение/Плохое прикосновение» («Good Touch/Bad Touch»). В программе используются различные материалы, помогающие научить детей заботиться о своей безопасности и в случае угрозы насилия обращаться за помощью.

Может показаться, что сексуальное насилие над детьми — слишком общий вопрос в области профилактики ВИЧ/СПИДа. Однако для обращения к этой проблеме при работе со взрослыми есть важные причины.

В первую очередь необходимо оценивать распространенность сексуального насилия в детстве среди целевой аудитории и уточнять этот вопрос во время индивидуального консультирования, направляя клиентов, переживших сексуальное насилие, в службы психологической поддержки. Необходимо также организовать дополнительное обучение сотрудников профилактических программ по вопросам сексуального насилия над детьми.

Специалисты (например, консультанты по химической зависимости), к которым с большой вероятностью могут обращаться люди, пережившие сексуальное насилие в детстве, должны знать о влиянии сексуального насилия на рискованное поведение и уметь распознавать симптомы сексуального насилия, чтобы консультировать людей, переживших его.

Важно понимать, что зачастую люди, пережившие сексуальное насилие, подвергались и другим формам насилия и жили в *дисфункциональных* (функционально «неблагополучных») семьях.

Надо также отметить, что правдивая информация о рискованной сексуальной активности в молодом возрасте, о том, как избежать насильственного поло-

вого акта или предохраниться от нежелательной беременности, ВИЧ-инфекции и ИППП (инфекций, передаваемых половым путем), не способствует половой распущенности, как порой принято считать, а напротив, во многом повышает вероятность воздержания от секса вне брака.

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

## Контрольные вопросы и задания

1. Чем определяется половая дифференциация?
2. Назовите основные периоды психосексуального развития человека и дайте их характеристику.
3. Составьте таблицу основных психологических и биологических особенностей сексуального развития детей в дошкольном, младшем школьном и подростковом периодах (по выбору).
4. Что такое мастурбация?
5. Каковы причины гомосексуальной ориентации?
6. Дайте сравнительный анализ медико-биологической и социально-психологической моделей развития гомосексуализма.
7. Опишите основные направления полового воспитания детей в дошкольном, младшем школьном и подростковом периодах (по выбору).
8. Разработайте проект-программу психореабилитационной работы с подростками, перенесшими сексуальное насилие.

## ПЕРЕДАЧА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ

Как указывалось в предыдущих главах, детальные эпидемиологические исследования выявили существование трех путей передачи ВИЧ: двух горизонтальных — полового и парентерального — и вертикального. Каждый из указанных путей имеет свои эпидемиологические особенности.

Дети — наиболее уязвимая к ВИЧ-инфекции категория населения. Они могут быть заражены следующим образом: будучи рожденными серопозитивными (ВИЧ-инфицированными) матерями; при введении зараженной крови и ее компонентов или использовании нестерильных игл (шприцев), медицинских инструментов; при половых контактах.

Преобладающей является вертикальная передача ВИЧ от инфицированной матери плоду — во время беременности, родов и при грудном вскармливании. Этот путь передачи вируса в России фиксируется в 7—30% случаев беременности ВИЧ-инфицированных женщин. При этом заражение ребенка от матери происходит не во всех 100% случаев. Риск передачи вируса зависит от ряда факторов, в том числе от времени заражения матери, состояния ее общего и иммунологического здоровья и способности к деторождению.

Кроме того, вероятность передачи ВИЧ-инфекции возрастает при патологическом течении родов. К материнским факторам, усиливающим риск передачи ВИЧ новорожденному, относятся: роды, протекающие с длительным безводным периодом; продолжительные роды; быстрые, стремительные роды; инвазивные (глистные) вмешательства, повреждающие плод, и т. п.

Одним из путей передачи ВИЧ от матери к ребенку является также заражение новорожденных во время грудного вскармливания (по статистическим данным, треть инфицированных детей, рожденных серопозитивными матерями, получают вирус с материнским молоком).

По данным ВОЗ, в мире с ВИЧ/СПИДом живут 2,3 млн детей в возрасте до 15 лет. Большая часть этих детей получили ВИЧ от своих инфицированных матерей.

Около 42% ВИЧ-инфицированных взрослых приходится на долю женщин, и эта тенденция роста их числа постоянно усиливается.

Следует отметить, что ВИЧ-инфицированные женщины находятся в репродуктивном возрасте, и это, безусловно, сказывается на вероятности рождения ими ВИЧ-инфицированных детей. По статистике, от ВИЧ-инфицированных женщин ежегодно рождается 6—7 тыс. детей, а ВИЧ-серопозитивные составляют примерно 1,6 на 1000 новорожденных в мире (M. Rogers et al., 1999).

От эпидемии СПИДа страдает все большее число женщин и девушек. В большинстве регионов среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, доля женщин и девочек продолжает расти, особенно в Восточной Европе, Азии и Латинской Америке.

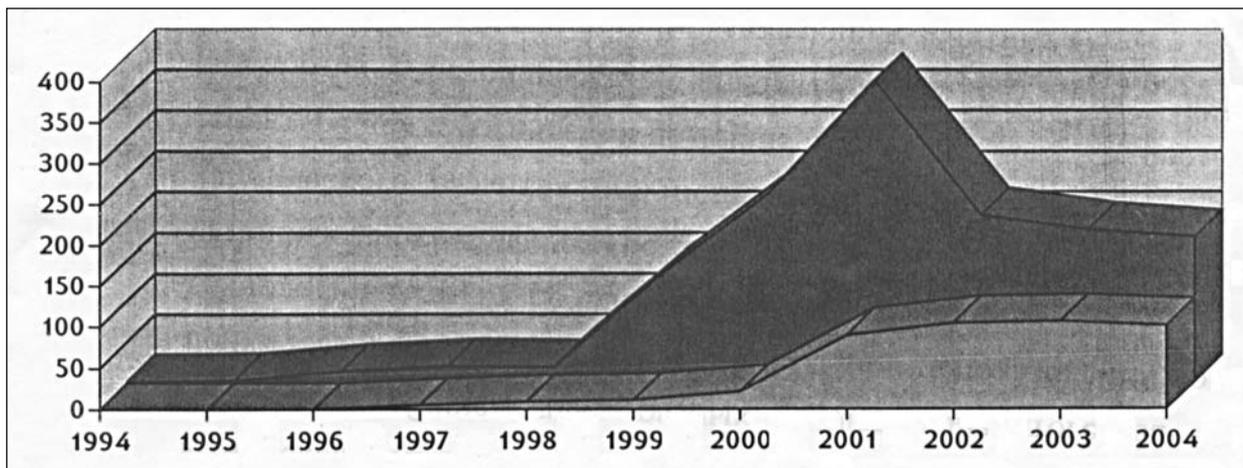


Рис 12. Процент женщин, живущих с ВИЧ, среди взрослого населения (15—49 лет), 1985—2004 гг. (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2004 г.)

По данным Федерального научно-методического центра (ФНМЦ) по профилактике и борьбе со СПИДом Минздравсоцразвития России, среди всех вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфицированных отмечается увеличение доли женщин, что свидетельствует об активизации полового пути передачи инфекции.

В докладе ООН говорится: «Подобное увеличение масштабов феминизации эпидемии является отражением той парадоксальной ситуации, с которой сталкиваются женщины и девушки: они более подвержены инфицированию ВИЧ, хотя менее вероятно, что их поведение, в отличие от их партнеров-мужчин, связано с высокой степенью риска».

Действительно, женщины подвержены более высокому риску ВИЧ-инфицирования по биологическим и социокультурным причинам. Частота передачи ВИЧ от мужчины к женщине при незащищенном сексуальном контакте в 2—3 раза выше, чем от женщины к мужчине. Это связано и с более высокой по сравнению с влагалищными выделениями концентрацией вируса в сперме, и с тем, что любые воспаления вульвы или влагалища способствуют проникновению вируса в организм женщины. Есть свидетельства того, что существует зависимость между оральными и инъекционными средствами контрацепции и возрастанием риска ВИЧ-инфицирования, хотя окончательные выводы пока не сделаны. (Plummer F. A. et al., Daly C. C. et al.).

Не меньшую роль в риске ВИЧ-инфицирования женщин играют социально-культурные условия. Наибольшему риску женщины подвергаются в такой культурной среде, где они лишены власти над собственным телом. Бедность, худшие шансы на получение образования и отсутствие возможностей трудоустройства толкают многих женщин в сферу коммерческого секса, где риск ВИЧ-инфицирования очень высок. Большинство женщин не занимаются коммерческим сексом, многие сохраняют верность единственному мужчине, однако подвергаются высокому риску заражения из-за рискованного сексуального поведения своих супругов-мужчин.

Пока не существует методов, которыми женщины могли бы пользоваться для защиты от заражения ВИЧ, не завися при этом от партнеров-мужчин. Внедрение

с 90-х гг. азидотимидовой профилактики в течение беременности, а также комбинированной противоретровирусной терапии позволило снизить частоту инфицирования детей и улучшить продолжительность и качество их жизни. Однако проблема вовлечения беременных и детей в ВИЧ-эпидемию продолжает оставаться весьма актуальной, равно как и проблема ВИЧ-инфицированных женщин.

Увеличивается количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин и в Российской Федерации. Так, в 1995 г. на 100 тыс. обследованных беременных частота выявления ВИЧ-инфекции составила 0,2; в 1999 г. — 11,8; а в 2000 г. этот показатель вырос еще почти в 2 раза. В Санкт-Петербурге на 10 тыс. обследованных беременных этот показатель к 2000 г. вырос до 65,1.

С 1998 г. идет очень интенсивное увеличение случаев ВИЧ-инфекции среди беременных с пиком роста этого показателя в 2001 году (рис. 4, с. 29).

ВИЧ-инфицированные беременные составляют группу высокого риска возникновения осложнений беременности и родов по своим физиологическим и психологическим характеристикам. Особенно это касается малолетних проституток.

При социологическом обследовании работниц коммерческого секса в Алтайском крае, например, было выявлено, что время полового дебюта для 1% из них наступило в 12 лет, для 7% — в 13, для 14% — в 14 лет. Специалисты отмечают возросшую агрессивность в поведении девочек-подростков, их независимость от мнения окружающих в вопросах любви, секса, полное отсутствие нравственных ориентиров. Их поведение поддается коррекции со стороны родителей сложнее, нежели поведение мальчиков-подростков, особенно слаба у них мотивация к сохранению здоровья.

Учитывая распространенную в этой среде практику употребления инъекционных наркотиков и алкоголя, а также то обстоятельство, что многие из девушек из-за отсутствия прописки в городах не имеют полисов медицинского страхования и, следовательно, не обращаются в медицинские учреждения своевременно, данная целевая группа особенно подвержена риску инфицирования и таким образом способствует распространению ВИЧ-инфекции. По данным исследований, проводимых в разных городах, от 30 до 60% лиц, оказывающих платные услуги сексуального характера, являются потребителями инъекционных наркотиков, страдают различными заболеваниями, передающимися половым путем, в том числе сифилисом, вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией.

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

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

Если ребенок оказывается инфицированным ВИЧ, на его развитие оказывают влияние нарушения, вызванные другими, основными по отношению к ВИЧ-инфекции заболеваниями. Наиболее частыми нарушениями при врожденной ВИЧ-инфекции являются энцефалопатия и задержка темпов психомоторного развития, часто отмечается органическое поражение головного мозга. При этом деструктивное влияние органического поражения ЦНС имеет системный характер: в патологический процесс вовлекаются все стороны психофизического развития ребенка — мотивационно-потребностная, социально-личностная, моторно-двигательная, эмоционально-волевая сферы, а также мышление, речь, деятельность и поведение.

В силу особенностей протекания основного заболевания ВИЧ-инфицированные дети вынуждены находиться в закрытых отделениях медицинских учреждений, что вызывает вторичные отклонения развития, связанные с влиянием социально-эмоциональных депривационных (ограничивающих влияние среды) факторов. При этом тяжесть последствий социальной депривации и трудность компенсации зависят от возраста, в котором ребенок лишился полноценных и устойчивых связей с социальной средой, а также от продолжительности и глубины нарушения контактов с ней. Наиболее часто отмечаемой у ВИЧ-инфицированных детей раннего возраста формой отклонений является *эмоциональная депривация* — лишение эмоциональных контактов с близкими людьми, особенно с матерью.

Последствия материнской депривации негативно сказываются на дальнейшем развитии ребенка и могут привести к глубоким отклонениям в психофизиологическом развитии личности. У детей отмечаются сниженное настроение, боязливость, настороженность, отсутствие любопытства, эмоциональной живости и непосредственности, может проявляться агрессия по отношению к окружающим и к самому себе.

Отсутствие адекватной коррекционной помощи этим детям приводит к возникновению вторичных нарушений в развитии, которые с началом школьного обучения приобретают характер школьной, а шире — и социальной дезадаптации.

При создании системы коррекционной работы с ВИЧ-инфицированными детьми следует в первую очередь учитывать их состояние здоровья и общую психическую незрелость. В этой связи должны быть тщательно продуманы аспекты лечения, охраны и укрепления здоровья, соответствующим образом составлен режим жизни детей, имеющий щадящий, охранительный характер: своевременный прием лекарственных препаратов; физиотерапевтические и другие медицинские

процедуры; обязательное соблюдение режимных моментов (дневной сон, прогулки, кормление); индивидуальные занятия на начальном этапе коррекционной работы, а в дальнейшем — в подгруппах не более 4—5 человек и т. д.

Все проводимые профилактические, лечебные и оздоровительные мероприятия должны обеспечивать благоприятные условия для проведения всей работы, направленной на восстановление двигательных функций ребенка и коррекцию недостатков его физического развития.

В целом программа коррекционно-педагогической помощи ВИЧ-инфицированным дошкольникам должна строиться в соответствии с принципами: максимальной личностной направленности; приоритетной ориентации на нормально развивающиеся функции детей; поэтапного развития речи и других высших психических функций; предметно-практической направленности процесса воспитания и т. д.

Особое значение в процессе коррекционной работы придается созданию в группе эмоционально-положительного микроклимата, что обеспечивает благоприятный фон для тесного взаимодействия педагога, логопеда, воспитателей, психолога, музыкального руководителя и медицинского персонала с детьми, а также расширяет возможности оптимизации воспитательного процесса.

Серьезной проблемой ВИЧ-инфицированных людей является их дискриминация со стороны окружающих людей. Так, по данным статистики, 46% опрошенных считают, что больных ВИЧ следует изолировать от общества; 55% перевели бы своего ребенка в другой детский сад (школу), если бы узнали, что там есть ВИЧ-инфицированный ребенок.

Но ВИЧ-инфицированные дети **не представляют угрозы для других детей в домашних условиях, в детском саду, в школе**, поэтому наличие у них ВИЧ-инфекции не должно становиться препятствием к их воспитанию и обучению в привычной социальной среде. Изменению общественной позиции по отношению к таким детям, возможности их интеграции в среду нормально развивающихся сверстников должно способствовать непрерывное, целенаправленное просвещение окружающих людей.

С другой стороны, необходимо обучать инфицированных детей *мерам предосторожности* во время пребывания в общественных местах. Профилактика ВИЧ/СПИДа и других заболеваний, передающихся половым путем, крайне несовершенна. Между тем любые крайности в этой работе недопустимы. Запугивание чревато психогенными нарушениями (в частности, болезненно-навязчивый страх заражения), а умолчание и легковесность — общественно опасны. Основная линия информации об этих заболеваниях должна включать следующие моменты:

- представление об инфекционной и вирусной природе;
- представление о скрытом периоде болезни, о возможности ее развития в «стертых» и бессимптомных формах проявления;
- краткие сведения о развернутых проявлениях болезни и подробные — о начальной симптоматике, о распознавании самых первых ее признаков и т. д.;
- представление о нравственной и юридической ответственности за распространение этих заболеваний;

- понимание необходимости при наличии подозрений прекратить половые контакты и обратиться к врачу;
- обязанность помочь в выявлении всех контактных лиц при подтверждении заболевания;
- недопустимость самолечения, ведущего к переходу многих болезней в скрытые и хронические формы;
- непреложное соблюдение режима лечения и возобновление половых контактов только с разрешения врача;
- опасность этих заболеваний для потомства;
- способы предохранения.

С особой остротой все эти вопросы встают в связи с профилактикой СПИДа. Ознакомление специалистов с кризисными ситуациями и группами повышенного риска не должно превращаться в отождествление того или иного стиля поведения, образа жизни с единственной или главной причиной заболевания, а тон этого знакомства, его атмосфера не должны быть запугивающими. Между тем в силу множества причин это происходит достаточно часто, о чем свидетельствует анализ популярной литературы, лекций, ряда материалов средств массовой информации.

Стимуляция индивидуальной психологической тревожности запускает в действие механизмы психологической защиты: «Я не гомосексуалист (проститутка, наркоман), значит, ко мне все это не относится». А стимуляция социально-психологической групповой, тем более массовой тревожности приводит, как уже отмечалось, к тому, что люди начинают искать «организованные группы злоумышленников» и находят их — в виде наркоманов, проституток, лиц с гомосексуальным поведением, а также ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Результатом становятся ожесточенность по отношению к этим часто невиновным (например, рожденным ВИЧ-инфицированными) людям и агрессивный настрой, побудивший даже студентов одного из медицинских (!) вузов высказаться за изоляцию или умерщвление больных с этим заболеванием.

Нужна четкая информация о том, что к заболеванию приводит контакт «кровь — кровь», возможный не только во время полового акта. Среди лиц, принадлежащих к указанным группам риска, заболевание распространяется очень быстро в силу неупорядоченности половых связей, связанных с травмированием слизистых оболочек во время полового контакта, а у наркоманов — еще и с нарушением элементарных медицинских требований к инъекциям.

Необходима также надежная информация о проявлениях заболевания, анонимных кабинетах обследования и целесообразности такого обследования при переходе от половой жизни вообще к жизни с постоянным партнером — для охраны себя, партнера, будущих детей. В период подростково-юношеской гиперсексуальности такая информация необходима больше, чем во взрослом возрасте. Но пропаганда барьерных контрацептивов (презервативов) не должна отодвигать на задний план проблемы нравственной регуляции поведения, упорядоченности сексуальной жизни, ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих.

### **Контрольные вопросы и задания**

1. Рассмотрите причины заражения ВИЧ/СПИДом детей. Какие факторы усугубляют передачу ВИЧ новорожденному?
2. С чем связан более высокий риск ВИЧ-инфицирования у женщин?
3. Объясните особенности диагностики ВИЧ у детей, рожденных от инфицированных матерей.
4. Предложите проект коррекционно-реабилитационной программы ВИЧ-инфицированных детей и подростков.

*Глава 8*  
**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ И МОДЕЛИ  
ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА В ОБЩЕСТВЕ**

**1.1. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И СТРАТЕГИЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

Эпидемия ВИЧ/СПИДа является угрозой стабильности современного общества в большинстве стран мира, включая Российскую Федерацию. От нее страдают не только взрослые, но и дети. Развитие эпидемии приводит к усугублению социальных, экономических и целого ряда других проблем. При ее дальнейшем прогрессировании она может представлять собой угрозу экономической стабильности России.

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

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

Поэтому эксперты ВОЗ считают, что эпидемию ВИЧ/СПИДа можно остановить в первую очередь при помощи просвещения людей и изменения ими стиля поведения, направленного на уменьшение степени риска и повышение мотивации к здоровому образу жизни.

Однако в современном обществе сложилась ситуация, когда у большинства мотивация к здоровому образу жизни отсутствует и нет устойчивых знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа. Системный подход к данной проблеме позволит реализо-

вать главную *стратегию* концепции профилактики ВИЧ/СПИДа на уменьшение уязвимости населения, особенно подрастающего поколения, к ВИЧ-инфекции.

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. Значит, учитывая ранний возраст начала половой жизни и все более растущую сексуальную свободу молодых людей, основной группой риска становятся 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, тоже наиболее распространенный среди лиц молодого возраста.

Таким образом, молодежь является группой населения с высокой вероятностью заражения ВИЧ и основной фокус-группой профилактических мероприятий, проводимых образовательными учреждениями.

Начало профилактической работы должно быть как можно более ранним, поскольку эффективной в направлении превенции ВИЧ может считаться не столько исключительно информационно-просветительская работа, сколько целенаправленная деятельность по формированию ценностных установок и навыков ведения здорового и безопасного образа жизни, которая требует достаточно продолжительного времени.

Необходимо отметить, что в профилактике ни одна мера не будет эффективной сама по себе. Профилактика должна быть *комплексной*.

### **Ключевые элементы комплексной программы профилактики ВИЧ/СПИДа**

1. Просвещение и информирование населения в области ВИЧ/СПИДа с акцентом на противодействие стигматизации («клеймению») и дискриминации ВИЧ-инфицированных.

2. Укрепление семьи и внутрисемейной коммуникации; пропаганда порядочности, верности, семейных ценностей, воздержания, снижения числа сексуальных партнеров; индивидуальных средств защиты.

3. Профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем.

4. Первичная профилактика 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.

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. Многие из указанных направлений в силу образовательного и воспитательного характера профилактических мероприятий может и должно быть реализовано в образовательной среде. Для этого там должны быть сформированы свои стратегии профилактической работы, учитывающие всю специфику этого социального института.

### **Стратегии профилактической работы в образовательной среде**

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

1. Просвещение на основе профилактических программ, включенных в учебный процесс; формирование личностно-средовых ресурсов и эффективных стратегий поведения, что будет способствовать:

- а) формированию ответственности за собственную жизнь;
- б) осознанному выбору здорового жизненного стиля;
- в) приобретению уверенности в противостоянии негативному влиянию среды;
- г) минимизации поведенческого риска;
- д) формированию здоровой системы полоролевой и семейноролевой идентификации личности.

2. Мотивационное консультирование, направленное на формирование установки на изменение проблемного поведения в сторону здорового.

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

4. Обучение родителей основам сексуального воспитания детей.

5. Создание поддерживающего окружения.

Стратегия поддерживающего окружения должна гарантировать направление имеющихся ресурсов на расширение и гарантированное обеспечение прав молодежи на консультативную помощь, программную профилактическую поддержку, медицинское обслуживание и на ликвидацию всех дискриминационных структур и процедур.

6. Вовлечение в профилактическую работу людей, влияющих на молодежь. Родители, члены семьи, учителя, люди, пользующиеся авторитетом, оказывают большое влияние на молодежь. Когда такие люди своими действиями подают положительный пример для подражания и обеспечивают безопасное окружение, доверительные отношения и возможность для самовыражения, молодежь воспринимает инициативы по формированию безопасного поведения позитивно.

7. Привлечение молодежи на руководящие роли в противодействии эпидемии. Для лидерства не существует возрастных ограничений. Молодежь — это ресурс, а не олицетворение проблем, поэтому необходимо развитие стратегии ли-

дерского и волонтерского движения. Особенно это актуально для вузов, где программы профилактики ВИЧ/СПИДа должны активно инициироваться и координироваться вузовской молодежью.

8. Мобилизация образовательной системы в целом как основы для всестороннего включения программ профилактики в образовательно-воспитательный процесс и практической их реализации.

9. Преодоление гендерного неравенства путем защиты прав девушек и расширения их возможностей для получения образования и работы.

10. Недопустимость сексуальной эксплуатации и жестокого обращения с детьми.

11. Инициирование диалога на деликатные темы.

Взрослые и молодежь должны решать вопросы половой жизни подростков и молодых людей вместе, обсуждая проблемы просвещения в области сексуального здоровья, сексуального насилия, гендерных ролей и общественных традиций и принимая активное участие в их разрешении.

## 8.2. УРОВНИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Знание эпидемиологических и клинических особенностей ВИЧ-инфекции позволило разработать четкую тактику профилактики этой болезни.

Эксперты ВОЗ сводят все разнообразие *профилактических мероприятий* при ВИЧ-эпидемии к четырем основным:

- разрыв половой и перинатальной (связанной с родами) передачи ВИЧ;
- контроль переливаемой крови и ее препаратов;
- предупреждение передачи ВИЧ во время хирургических и стоматологических вмешательств;
- оказание медицинской помощи и социальной поддержки ВИЧ-инфицированным, их семьям и окружающим.

Выделяют следующие *уровни профилактики ВИЧ/СПИДа*.

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

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

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

*Третичный уровень* — лечение и реабилитация заболевших ВИЧ/СПИДом, т. е. повышение качества их жизни. В рамках третичной профилактики проводят диспансерное наблюдение в СПИД-центрах. Диспансерному наблюдению подлежат люди, в сыворотке крови которых в ИФА и иммунном блоттинге обнаружены антитела к ВИЧ.

В рамках диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными проводят:

— выявление и лечение имеющихся у больного или вновь возникающих заболеваний, способствующих более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции;

— максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции и своевременное назначение специфической терапии;

— обеспечение больному ВИЧ-инфекцией всех видов квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

### Первичная профилактика ВИЧ-инфекции и других социально обусловленных заболеваний

Первичная профилактика ВИЧ-инфекции и других социально обусловленных заболеваний имеет целью предотвратить возникновение нарушения или начала болезни, предупредить негативные и усилить позитивные результаты развития индивида.

Этого можно достигнуть несколькими путями:

а) развивая и усиливая мотивацию индивида на позитивные изменения в собственном жизненном стиле и в среде, с которой он взаимодействует;

б) направляя процесс самоосознания, а также осознания индивидом поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности и окружающей его среды;

в) усиливая адаптационные факторы, или факторы стрессорезистентности (устойчивости, сопротивляемости к стрессам), ресурсы личности и среды, понижающие восприимчивость к болезни;

г) воздействуя на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;

д) развивая процесс регулирования индивидом своей жизни (управление самосознанием, поведением, изменением, развитием);

е) развивая социально-поддерживающий процесс.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные пути и методы воздействия на массовое сознание. Ее контингентом является общая популяция детей, подростков и молодых людей.

Первичная профилактика стремится полностью избежать патологических исходов, редуцировать (уменьшить) число лиц, у которых может начаться патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет прежде всего на формирование здоровья путем замены одних развивающихся

процессов на другие. Сформировав активный функциональный адаптивный жизненный стиль человека, можно тем самым укрепить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

## Цели, задачи и технологии первичной профилактики

### **Цель 1-я — информационная.**

*Задача:* формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

*Контингент:* дети, подростки в школе, молодежь в учебных заведениях, родители (семья), учителя, внешкольные подростковые, молодежные коллективы и группы, дети на улице, неорганизованные группы населения.

### **Цель 2-я — мотивационная.**

*Задача:* формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

*Контингент:* семья (родители), учителя, дети, подростки в школьных коллективах, неорганизованные группы детей, дети на улицах, неорганизованные группы населения.

### **Цель 3-я — протективная.**

*Задачи:* развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения; подготовка специалистов-референтов, методистов-репетиторов, тренеров социально-ролевых игр из числа школьных психологов, социальных педагогов, школьных учителей, студентов медицинских и педагогических вузов.

*Контингент:* дети, подростки и молодежь внутри и вне школьных коллективов, учебных заведений, вузов; учителя, преподаватели, родители (семья).

### **Цель 4-я — развивающая.**

*Задачи:* развитие стратегий разрешения проблем, поиска социальной поддержки, противодействия искушению наркотизации.

*Контингент:* дети, подростки и молодежь внутри и вне школьных коллективов, других учебных заведений, вузов; учителя, преподаватели, родители (семья).

*Социальные и педагогические технологии первичной профилактики* осуществляются посредством:

- воздействия средств массовой информации;
- обучающих технологий;
- альтернативных программ детско-подростковой и молодежной активности;
- создания социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные организации и т. д.);
- антинаркотических мотивационных акций;

- системы деятельности социальных работников и волонтеров;
- системы ювенальной юстиции;

*Медико-психологические технологии первичной профилактики*, направленные на преодоление социально-психологического стресса, осуществляются путем:

- развития личностных ресурсов;
- формирования социальной и персональной компетентности;
- развития адаптивных стратегий поведения;
- формирования функциональной семьи.

Эти технологии осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров рискованного поведения и их коррекции на медицинском уровне.

### Вторичная профилактика ВИЧ-инфекции и других социально обусловленных заболеваний

Главная цель — изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей «поведения риска» на более адаптивную модель «здорового поведения».

Поведение риска может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или иные предрасположения личностных, поведенческих и других расстройств, характеристиками среды, воздействующей на индивид 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 увеличиваются как реакция на нарушенное поведение индивида), а само поведение индивида — как фактор риска наркомании или алкоголизма.

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

Вторичная профилактика преследует ряд целей.

#### **Цель 1-я — мотивационная.**

*Задача:* формирование мотивации к изменению поведения.

*Контингент:* дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи, взрослого населения.

#### **Цель 2-я — адаптационная.**

*Задача:* изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

*Контингент:* дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

#### **Цель 3-я — поддерживающая.**

*Задача:* формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

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

*Социальные технологии вторичной профилактики включают:*

- формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;
- 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:*

- 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 и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ; развитие «Я-концепции», коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентаций, когнитивного развития интернального локуса контроля; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

Данные технологии заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

### Третичная профилактика ВИЧ/СПИДа и других социально обусловленных заболеваний

Третичная профилактика направлена в первую очередь на восстановление личности больного СПИДом и на возобновление ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, на уменьшение вероятности рецидива заболевания. Второе направление третичной профилактики — снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов к прекращению их употребления.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на непатологические.

Данный вид профилактики является медицинским, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Этот вид профилактики требует инди-

видуального 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.

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

Они предусматривают:

- мотивационную терапию;
- тренинги профилактики рецидивов;
- тренинги эмпатии, коммуникативной и социальной компетентности;
- тренинги когнитивного развития;
- индивидуальную и групповую психотерапию, направленную на развитие личностных и средовых ресурсов.

### **8.3. 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. Бандура); теория проблемного поведения (Р. Джессор); концепция здорового жизненного стиля Всемирной организации здравоохранения; теория жизненных навыков (Дж. Ботвин); мотивационная теория поэтапного изменения поведения; трансакциональная теория копинг-стресса (Р. Лазарус) и др.

#### **Теория продвижения к здоровью**

В последние годы произошли большие изменения в разработке концепции здоровья и болезни человека.

Исследователи считают подход «моделирования здоровья» более перспективным и эффективным, чем подход «моделирования болезни». Модель здоровья основывается на понятии «продвижения к здоровью» как профилактике, а точнее — превенции болезней. Понятие превенции используется как более широкое и предполагающее не только уход от болезни, но и развитие протективных факторов, способствующих здоровью.

Социально-когнитивные теории, и прежде всего работы А. Бандуры и Р. Лазаруса, убедительно доказывают, что состоянием своего здоровья и благополучия человек способен и должен управлять сам.

## Социально-когнитивная теория

Для эффективности профилактических действий необходимо, чтобы человек имел, во-первых, адекватные знания о факторах риска и рискованных поведенческих паттернах для того, чтобы управлять своим здоровьем в направлении его защиты и улучшения; во-вторых, убеждение в своей эффективности (самоэффективности) в возможности регулировать свое здоровье. Это центральная идея социально-когнитивной теории.

Убежденность в своей эффективности определяет уверенность в способности организовать свое поведение, мысли, чувства в благоприятном для себя направлении, несмотря на воздействие на человека различных стрессовых событий, которыми полна жизнь. Вера человека в свои возможности — огромный стимул для действий, тогда как потеря им веры в себя при неизбежных столкновениях с трудностями и изменениями окружающей действительности может повлечь за собой эффект дезорганизации.

## Теория мотивации

Если человек не придет к пониманию необходимости постоянного изменения своего сознания и стиля жизни, его жизнь сложится неудачно, так как он обречен на психическую и социальную дезадаптацию. В каком варианте будет проявляться эта дезадаптация — вопрос обстоятельств скорее внешних, чем внутренних. Ясно одно: в этом случае риск приобщения человека к наркотикам и другим психоактивным веществам резко увеличивается, проблема зависимости от них становится более актуальной, а если такая зависимость уже сформирована, лечение и реабилитация будут неудачными.

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

Методы работы с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, стали развиваться в последние десять лет, когда обнаружилась абсолютная очевидность того, что формирование здорового человека, а также лечение пациентов, не готовых к изменению своего жизненного стиля, не приводит к позитивным результатам.

С другой стороны, стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества или еще не переступившие этого порога, нуждаются в помощи (и имеют право на нее) в формировании мотивационной готовности к лечению, изменению своего поведения, жизненного стиля и выздоровлению.

*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 ведущими, как правило, являются воздействия внутренние (побуждения), тогда как 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 с психологом всегда влияет на мотивацию к изменению;

— задачей врача или клинического психолога является определение уровня мотивации человека к изменениям в его жизни и укрепление ее в позитивном направлении;

— мотивация на изменение зависит от готовности человека к изменениям и от стадии готовности, на которой находится человек.

*Принципы, лежащие в основе формирования мотивации на позитивные изменения:*

— повышение осознания необходимости изменений поведения;

— социальная поддержка;

— высвобождение эмоций;

— внутренний контроль, или ответственность;

— развитие здоровой, альтернативной употреблению наркотиков активности;

— противодействие употреблению психоактивных веществ со стороны социальной среды,

— поощрение успехов в изменении своего поведения в направлении здоровья;

— поддерживающие отношения с социальным окружением.

## Теория жизненных навыков

*Жизненные навыки* — это те личные, межличностные и физические навыки, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнь, развивать умение 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. Бандуры и теории проблемного поведения Р. Джессора.

Программы развития жизненных навыков охватывают две области:

- область информации и социальной резистентности, имеющие целью специальную превенцию употребления наркотиков;
- область развития личностных копинг-навыков.

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

Второй компонент программ направлен на:

- развитие самоуправляемого поведения, сфокусированного на выбранном жизненном стиле;
- разработку планов самосовершенствования;
- развитие самооценки, социальной чувствительности и личностного контроля;
- обучение стратегиям принятия волевых решений, связанных с устойчивостью к влияниям социальной среды и давлению наркотизирующихся сверстников.

Преодоление личностной и ситуационной тревожности — еще одно важное направление программ развития жизненных навыков. Участники программ обучаются различным техникам, редуцирующим тревожность, 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; навыки отстаивания своей позиции, персональных границ; навыки поддержания дружеских связей.

### Теория альтернативной деятельности

Впервые теоретическая концепция альтернативы наркотикам была сформулирована Дочнером (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 не меняют 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:

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

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

— поощрение участия во всех видах специфической активности;

— создание групп поддержки молодых людей с активной жизненной позицией.

Данные программы особенно эффективны при работе с группами высокой степени 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, сохраняет тем самым здоровье и благополучие человека, облегчает его социальную адаптацию и способствует его развитию. Она является важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым копинг-ресурсом, без которого не происходит ни адекватного развития, ни приспособления (адаптации).

Существует несколько теоретических моделей, объясняющих связь социальной поддержки с состоянием 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 (дистресса) выраженная социальная поддержка выступает как буфер между стрессором и человеком, амортизирует его негативное воздействие, что позволяет сохранить 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 обеспечивает сохранение здоровья. Низкая социальная поддержка формирует негативную самооценку, влияющую на здоровье негативно.

## **8.4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ КАК КОМПОНЕНТ АНТИНАРКОТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ**

### **8.4.1. Роль поведенческого риска в распространении парентеральных инфекций**

Употребление любых ПАВ приводит к изменению состояния психики, к снижению контроля над поведением и его формами, чреватому риском инфицирования парентеральными гепатитами В и С и ВИЧ-инфекцией. Таким образом, ведущим фактором в распространении парентеральных инфекций является поведенческий риск, что и определяет основное направление профилактики — *воздействие на различные формы рискованного поведения, связанного с употреблением ПАВ.*

**Инъекционный риск.** С риском инфицирования особенно сопряжена практика внутривенного введения ПАВ, так как она нередко сопровождается совместным использованием игл и шприцев или многократным использованием одноразового или нестерильного инструментария.

Весьма рискованными могут оказаться и эпизодические, даже однократные приемы наркотических средств, при которых из-за отсутствия навыков и условий редко соблюдаются стерильность инструментария и безопасность процедуры введения ПАВ. В результате происходит заражение неопытных, случайных лиц, преимущественно молодого возраста, и подростков, которым свойственно поисковое наркотическое поведение.

**Сексуальный риск.** Рискованное сексуальное поведение в связи с потреблением ПАВ не зависит от способа их введения — парентерального, перорального или ингаляционного. Употребление многих ПАВ, и особенно оказывающих стимулирующее действие, приводит к растормаживанию полового влечения, снижает критику при выборе полового партнера и использовании средств предохранения, провоцирует многочисленные сексуальные контакты как с лицами, потребляющими ПАВ, так и с другими людьми.

Среди женщин, употребляющих ПАВ, распространены промискуитет (неупорядоченные половые отношения, групповой брак, гетеризм) и проституция как средство заработка на очередную дозу наркотика.

**Риск заражения при родах.** Инфицирование женщин в результате злоупотребления ПАВ увеличивает риск заражения плода во время беременности, родов и грудного вскармливания.

Из-за асоциального образа жизни такие женщины, как правило, обращаются в медицинские учреждения или на поздних сроках беременности, или перед самыми родами, тогда как риск рождения инфицированного ребенка в результате раннего выявления ВИЧ-инфекции у будущей матери и назначения современной эффективной антиретровирусной терапии может быть снижен.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что потребители ПАВ могут способствовать активному распространению ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов за пределы своей среды, в другие группы населения.

Кроме рискованного поведения потребителей ПАВ следует отметить еще одну причину, по которой они в значительной степени подвержены риску инфицирования. Систематическое употребление многих ПАВ оказывает негативное влияние на иммунную систему, что в свою очередь может увеличить вероятность заражения парентеральными инфекциями, в частности СПИДом, и осложнить течение основного заболевания.

Следовательно, базовые принципы профилактики таких инфекционных заболеваний, как вирусные парентеральные гепатиты В и С и ВИЧ-инфекция, несмотря на свою специфику, теснейшим образом связаны с профилактикой наркоманий.

#### **8.4.2. Этапы профилактики парентеральных инфекций в связи с употреблением ПАВ**

**Специфическая профилактика.** Самым эффективным средством предупреждения и ограничения распространения инфекционных болезней является иммунопрофилактика. В настоящее время для проведения плановой массовой вакцинации населения против парентеральных инфекций существует только вакцина против вирусного гепатита В (ВГВ). С 1 января 2002 г. введен в действие национальный календарь профилактических прививок, утвержденный Приказом МЗ РФ № 229 от 27 июня 2001 г., в соответствии с которым первую вакцинацию

против ВГВ проводят всем новорожденным в первые 12 часов жизни. Через месяц проводится вторая вакцинация против ВГВ и третья — через 6 месяцев. Детям, родившимся от матерей — носителей ВГВ или заболевших ВГВ в III триместре беременности, данную вакцинацию проводят по схеме: 0—1—2—12 месяцев. Не привитым ранее детям прививка против ВГВ проводится в 13 лет.

К лицам, в любом возрасте подлежащим вакцинации против ВГВ по эпидемиологическим показаниям, относятся:

- дети и взрослые, в семьях которых есть носитель HBV4A или больной хроническим ВГВ;
- дети из домов ребенка, детских домов и интернатов;
- лица, у которых произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом ВГВ;
- медицинские работники, имеющие контакт с кровью больных;
- студенты медицинских институтов и учащиеся средних медицинских учебных заведений (в первую очередь выпускники);
- лица, употребляющие наркотики инъекционным путем.

Для вирусного гепатита С и ВИЧ-инфекции вакцины пока не разработаны.

Основными профилактическими мероприятиями при инфекциях с парентеральным механизмом передачи являются: контроль за донорами; максимальное ограничение показаний для гемотрансфузий; использование одноразовых игл, шприцев, систем для инфузий; соблюдение правил личной безопасности медицинскими работниками, имеющими контакт с кровью; обследование беременных и др.

**Неспецифическая профилактика.** Формально профилактику парентеральных инфекций при наркоманиях можно рассматривать как классический пример *третичной* профилактики, полностью отвечающей ее основному принципу — ограничение или сокращение до минимума наиболее пагубных социальных и медицинских, в том числе и инфекционных, последствий и осложнений, связанных с употреблением психоактивных веществ.

В то же время задачи *первичной* профилактики (предупредить и не допустить приобщения к ПАВ) и *вторичной* профилактики (на самых ранних стадиях приобщения к ПАВ препятствовать формированию зависимости, используя медико-социальные и поведенческие мотивационные методы), полностью совпадают с задачами и методами профилактики парентеральных инфекций.

Поэтому профилактику инфицирования необходимо осуществлять на всех этапах оказания наркологической помощи, включая первичную и вторичную профилактику, лечение и реабилитацию.

Все вышесказанное определяет и *основные принципы профилактики парентеральных инфекций в связи с потреблением ПАВ.*

К ним прежде всего относятся:

- последовательность, преемственность и непрерывность профилактических мероприятий;

- соответствие всех форм и этапов профилактического вмешательства существующему государственному законодательству по наркологии и инфекционным заболеваниям;
- защита интересов личности и общества;
- максимальный охват профилактическим вмешательством;
- информационное обеспечение профилактического вмешательства — населения в целом и конкретных целевых групп;
- использование современных научно обоснованных средств и методов профилактики;
- социально-психологический и поведенческий подход;
- разработка адресных профилактических кампаний, ориентированных на конкретные целевые группы: дети и подростки, молодежь, женщины и т. д.
- использование СМИ для широких профилактических кампаний;
- мониторинг и оценка эффективности профилактических мероприятий.

#### **8.4.3. Основные группы профилактического вмешательства**

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

Основными группами профилактического вмешательства являются:

1. Дети и подростки.
2. Молодежь.
3. Социальное окружение:
  - родители;
  - педагоги;
  - психологи;
  - подростковые врачи.
4. Потребители ПАВ:
  - потребители ПАВ, обращающиеся в ЛПУ;
  - труднодоступные потребители ПАВ, не обращающиеся в ЛПУ;
  - девушки и женщины;
  - дети, рожденные от матерей — потребителей ПАВ.
5. Медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений.

#### **8.4.4. Основные формы и методы профилактического вмешательства**

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

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

Важнейшим звеном в цепи мероприятий, направленных на повышение эффективности профилактики парентеральных инфекций у потребителей ПАВ, обращающихся за медицинской помощью, является обучение медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений.

Необходима этапность и преемственность такого обучения, начиная с медицинских училищ, вузов и факультетов повышения квалификации врачей и медицинского персонала, включая профилактику внутрибольничных заражений и профессионального риска. В вопросах обучения медицинского персонала большое значение имеет овладение навыками дотестового и послетестового консультирования, которое можно рассматривать как высокоэффективный и специфический метод профилактики парентеральных инфекций в связи с потреблением ПАВ.

Консультирование до и после теста на ВИЧ выполняет две основные функции:

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

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

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

Пособия, разработанные для врачей и среднего медицинского персонала, дают возможность специалистам в области профилактики и консультирования повышать свои знания.

С целью исключения распространения ВИЧ-инфекции лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о необходимости соблюдения мер предосторожности, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность за-

ражения или заражение другого лица. (Статья 13.1 глава II Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», принятого Государственной Думой 24 февраля 1995 г.)

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

В связи с этим одним из нетрадиционных для нашей страны подходов к стратегии и тактике профилактики парентеральных инфекций являются развиваемые рядом международных организаций программы «снижения вреда» (СВ). Они направлены на уменьшение негативных медико-социальных и экономических последствий злоупотребления наркотиками.

В основе таких программ лежит признание того, что многие потребители наркотиков в обозримом будущем неспособны прийти к полному воздержанию от употребления наркотических или других психоактивных веществ, поэтому реальной целью работы с ними является *снижение частоты инъекционного употребления наркотиков и повышение безопасности инъекций*.

Политика «снижения вреда» была разработана в Англии в середине 80-х гг. как реакция на бурное распространение ВИЧ/СПИДа и рост других вредных последствий злоупотребления запрещенными наркотиками. Она базируется на следующих фундаментальных принципах:

а) признание приоритета профилактики ВИЧ-инфекции над предотвращением немедицинского употребления наркотиков;

б) понимание того, что отказ от наркотиков не может быть единственной целью деятельности служб, работающих с наркоманами, поскольку это исключит из сферы их действия значительное число лиц, ведущих образ жизни, включающий длительное употребление наркотиков;

в) активное проникновение специалистов в группу регулярных потребителей наркотиков, не контактирующих с организациями, которые могут предоставлять им лечение и помощь, для их активного просвещения и приобщения к программам медико-социальной помощи.

Основными структурными компонентами программ «снижения вреда» (СВ) являются: локальная экспресс-оценка актуальной наркотической ситуации; работа с потребителями наркотиков непосредственно на улицах («аутрич»); программы обмена шприцев, игл, раздачи презервативов и других средств личной защиты и гигиены; образовательные программы; программы так называемой «заместительной терапии».

Комплекс мероприятий по профилактике парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ должен осуществляться в тесном взаимодействии наркологической и инфекционной служб с государственными, неправительственными и общественными организациями. Его определяют массовые профилактические кампании, особенно среди подростков и молодежи, пропаганда безопасного сексуального поведения, предоставление неограниченного доступа к тестированию на ВИЧ и добровольному консультированию, программы «равный обучает равного», «снижения вреда» и др.

### **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, каковы ее цели и задачи.
6. Назовите базовые теории, лежащие в основе концепции профилактики.
7. Перечислите основные группы профилактического вмешательства.

*Глава 9*  
**ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ  
ВИЧ/СПИДА СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

Среди главных характерных принципов национальной политики России в отношении ВИЧ-инфекции особого внимания специалистов образовательного учреждения заслуживает, безусловно, следующий: ориентирование стратегии борьбы с эпидемией в первую очередь на профилактику распространения ВИЧ/СПИДа среди всех слоев населения.

### **9.1. СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА В РОССИИ**

До настоящего времени профилактикой ВИЧ/СПИДа среди населения нашей страны 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 служб профилактики приведена на рис. 13.



*Рис. 13. Структура служб профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации*

Учитывая наибольшую вовлеченность в проблему ВИЧ/СПИДа молодого населения и наибольшую уязвимость перед заражением ВИЧ-инфекцией детей и подростков, приоритетной становится профилактическая работа именно с этой категорией населения. Кроме того, тенденция все большего вовлечения в проблему несовершеннолетних и молодежи, распространение ВИЧ-инфекции за пределы традиционных групп риска ведут к пересмотру основных стратегий профилактики, и в частности к смещению акцента в профилактике ВИЧ-инфекции на превентивное обучение, т. е. подключение образовательной модели профилактики.

Кроме того, привлечение специалистов образовательных учреждений к профилактике ВИЧ-инфицированных способствует искоренению дискриминации ВИЧ-инфицированных, гуманного отношения к носителям ВИЧ-инфекции, которых в образовательных учреждениях становится все больше.

### **9.1.1. Роль системы образования в профилактике ВИЧ/СПИДа**

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

Очевидно, что для повсеместной работы по профилактике ВИЧ/СПИДа в образовательных учреждениях необходимо, чтобы эти учреждения были обеспечены программами профилактики ВИЧ-инфекции. В настоящее время очень активно обсуждается вопрос о создании и внедрении государственного стандарта профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде. Стандартизация профилактической деятельности рассматривается как один из основных механизмов реализации Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних и молодежи. Необходимость создания стандарта и трудности его разработки связаны с тем, что профилактическая деятельность и профилактические программы имеют свою специфику, а значит, к программам профилактики ВИЧ/СПИДа выдвигаются особые требования, которые должны найти отражение в государственном стандарте. Определение этих требований и их утверждение пока остается делом будущего.

Профилактические программы являются основной конкретной практической формой реализации профилактики ВИЧ/СПИДа, поэтому их рассмотрению мы посвятим отдельный раздел.

Учитывая масштабы эпидемии ВИЧ-инфекции и вовлечение в проблему ВИЧ/СПИДа практически всех возрастных групп, профилактические программы по предупреждению ВИЧ-инфицирования и сопровождению ВИЧ-инфицированных в идеале должны реализовываться во всех образовательных учреждениях и

быть адаптированы к конкретному контингенту учащихся и студентов, т. е. необходимо соблюдение принципа дифференцированного подхода с учетом возраста, клинико-психологических и социально-психологических особенностей учащихся, а также степени вовлеченности учащихся в проблему ВИЧ/СПИДа.

На практике соблюдение этого принципа означает, что для детей и молодежи, воспитывающихся в асоциальных семьях или находящихся в детских домах, приютах и местах ограничения свободы и склонных к асоциальному поведению, а 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 межведомственной координации усилий в целом и создания координационных советов по данной проблеме в частности. В настоящее время создан и действует Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИДа Министерства здравоохранения и социального развития России, который осуществляет взаимодействие между государственными и 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 ее реализации среди несовершеннолетних и молодежи, с другой — наличие организационных ресурсов для проведения такой деятельности в системе образования. В то же время профилактика ВИЧ/СПИДа в образовательной среде — новое направление деятельности, которое потребует внесения существенных изменений прежде всего в воспитательную работу образовательных учреждений и в работу органов управления образованием, а также разработки и внедрения адресных профилактических программ.

## **9.2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

Профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа 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/СПИДа;
- обучение ответственному поведению детей и молодежи;
- формирование условий, поддерживающих профилактическую деятельность.

Рассмотрим содержание каждого из выделенных направлений.

Просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа предполагают обеспечение предоставления всесторонней и точной информации: о формах, спосо-

бах, путях, механизмах инфицирования и распространения ВИЧ/СПИДа, о мерах его предупреждения и обстоятельствах, повышающих риск инфицирования (злоупотребление наркотическими средствами, промискуитет и др.).

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

Рассмотрим основные принципы информирования о ВИЧ:

- достоверность информации;
- ненанесение вреда неправильной (ложной) или неправильно понятой информацией;
- исключение манипулирования информацией (смещение достоверной и недостоверной информации или подача достоверной информации в контексте, позволяющем делать ложные выводы);
- нейтральность в подаче информации;
- осведомленное согласие на получение профилактической информации;
- взаимоуважение в процессе информирования;
- всестороннее представление проблемы (объективность и многоаспектность: рассмотрение физиологического, социального, демографического, правового, духовного, психологического аспектов);
- личностное отношение при информировании о путях предохранения от ВИЧ-инфекции;
- адекватность целевой группе (социокультурная и когнитивная информации);
- создание экзистенциальной перспективы (альтернативность, иерархичность ступенчатой информации, расстановка ударений, побуждение к более полному восприятию жизни, с ценностями, смыслом, дальнейшей жизненной перспективой);
- сочувственное отношение к ВИЧ-инфицированным.

Информирование детей и молодежи в области ВИЧ/СПИДа осуществляют не только специалисты образовательных учреждений, но и родители. Следовательно, необходимо просвещение родителей и лиц, заменяющих их.

Для того чтобы облегчить доступ несовершеннолетних и молодежи к информационно-консультационным услугам в области охраны репродуктивного здоровья, профилактики ВИЧ/СПИДа, профилактики наркозависимости и реабилитации уже зависимых необходимо привлечение специалистов-медиков, а также активистов общественных организаций.

Эффективность информирования и просвещения населения по проблемам ВИЧ/СПИДа во многом обеспечивается деятельностью средств массовой информации, поэтому к подготовке журналистов, освещающих темы ВИЧ/СПИДа, необходимо привлекать врачей, психологов, учителей, социальных работников и т. п.

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

### **9.2.1. Обучение несовершеннолетних и молодежи ответственному поведению**

Реализация этого направления профилактической работы возможна только в рамках превентивного обучения (с формированием мотивации на здоровый образ жизни, на изменение проблемного и рискованного поведения, на повышение социальной, межличностной компетентности) и 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, минимизация проявлений рискованного поведения;
- формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации личности, в том числе мотивации на отсрочку сексуального дебюта.

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

Эффективными методами такого обучения могут быть:

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

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

- *привлечение к работе людей, способных влиять на детей и молодежь*. Родители, члены семей, учителя, сверстники оказывают большое влияние на поведение детей, подростков и молодежи. Когда авторитетные для молодого чело-

века люди своими действиями подают позитивный пример для подражания, обеспечивают безопасное окружение, доверительные отношения и возможность для самовыражения, у него формируется положительное восприятие инициатив по формированию безопасного поведения;

— *привлечение молодежи к работе по противодействию эпидемии на лидирующие роли.* 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 поддерживающего сопровождения ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

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

### **9.3. ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА**

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

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

Согласно современному государственному подходу к профилактике СПИДа в образовательной среде профилактические программы, разрабатываемые для систем дошкольного, общего, профессионального, специального и высшего образования, должны базироваться на научных достижениях в области здравоохранения, психологии и педагогики, образования и культуры.

Для сохранения преемственности различных направлений формирования ответственного повеления и здорового образа жизни целесообразно использовать уже реализованные модели и программы. На современном этапе развития профилактики ВИЧ/СПИДа разработаны и осуществляются разнообразные профилактические программы, которые различаются по времени действия, целевой направленности, контингенту воздействия и технологиям обучения.

Рассмотрим систематику существующих профилактических программ по их видам и критериям эффективности.

Существуют различные виды профилактических программ, систематизированные по различным основаниям. В зависимости от времени воздействия профилактические программы могут быть постоянно действующие, систематически действующие и периодически действующие.

***Постоянно действующие программы.*** Действуют постоянно в каком-либо определенном месте, например на базе определенных школ, где проводятся регулярные профилактические занятия с детьми, подростками, учителями. В рамках

этих программ осуществляется также подготовка субспециалистов (волонтеров, учителей, психологов, родителей), которые призваны поддерживать постоянную профилактическую активность.

**Систематически действующие программы.** Предполагают регулярное проведение систематических профилактических мероприятий, рассчитанных на определенный промежуток времени (например, на протяжении нескольких месяцев, несколько раз в год и т. д.).

**Периодически действующие программы.** Профилактические акции, проводимые периодически, без определенной системы, например мотивационные акции, заставляющие задуматься о здоровом образе жизни. Подобные акции имеют успех и для некоторых могут оказаться поворотным пунктом начала новой жизни без психоактивных веществ либо способствовать изменению их рискованного сексуального поведения на более ответственное и безопасное.

В зависимости от целевой направленности и технологий, использованных в программе профилактики ВИЧ/СПИДа, можно выделить следующие виды программ: программы когнитивного, аффективного, интерперсонального, поведенческого обучения, а также программы формирования социальных альтернатив.

**Программы когнитивного обучения** нацелены на обучение и подготовку детей к принятию адаптационных решений, на воспитание ответственности за собственное поведение, осознанности поведенческого выбора начиная с дошкольного возраста.

**Программы аффективного обучения.** В их основу заложена идея воздействия на эмоции и систему эмоционального регулирования. По мнению авторов этого направления, переживаемый в подростковом возрасте кризис идентичности может спровоцировать поведенческие расстройства, в том числе инъекционное употребление наркотических веществ и промискуитет, что в свою очередь повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией. Цель данных программ — научить детей и подростков регулировать эмоции, не прибегая к связанным с ПАВ формам саморазрушающего поведения.

**Программы интерперсонального обучения** призваны предупредить у детей и подростков формирование деструктивного, рискованного поведения путем развития у них более четкого представления о себе, понимания своих ощущений и интерперсональных связей, а также путем обучения навыкам принятия решений и коммуникативной компетентности.

**Программы поведенческого обучения, или поведенческой модификации** основываются на тренинге поведенческих навыков с целью повышения устойчивости к употреблению наркотиков, к включению в асоциальные компании, к проявлению рискованных форм сексуального поведения. Программы базируются на том положении, что человек, обученный определенным поведенческим навыкам, чувствует себя компетентным, эффективным, у него повышается самоуважение, а в ситуации риска заражения ВИЧ формируются навыки безопасного поведения. Эти программы учат детей на осознанном или неосознанном уровнях отказывать-

ся от употребления наркотиков, не принимать неизвестных препаратов, не входить в контакт с незнакомыми людьми.

**Программы формирования социальных альтернатив** базируются на идее о том, что позитивная социальная активность подростков способствует их переориентации с рискованного деструктивного поведения на безопасную и социально приемлемую деятельность. К альтернативной деятельности относятся все социально допустимые формы занятости молодежи: путешествия с приключениями, спорт, творческая и научно-исследовательская активность и т. п.

Другим основанием систематизации разработанных программ профилактики ВИЧ/СПИДа является объект профилактических воздействий или контингент, на изменение которого направлена программа. В соответствии с целевой группой, на которую ориентирована программа, выделяют общественные программы; программы, сфокусированные на школе; программы, сфокусированные на семье; мультикомпонентные программы.

**Общественные программы** создаются для осуществления работы с различными категориями населения. Профилактическое воздействие осуществляется посредством массовой информации: радио, телевидения, газет, журналов, афиш и плакатов, фильмов, видеороликов. Цель этих программ — увеличение информации о последствиях употребления алкоголя, табака и наркотиков для здоровья. Они призваны воздействовать на психологические установки, касающиеся употребления психоактивных веществ и сексуального поведения, а также на средовые факторы, поддерживающие данные установки.

**Программы, сфокусированные на школе**, ориентированы на учащихся и специалистов школ. Профилактическое воздействие осуществляется во время уроков, посвященных обучению здоровому поведению, предупреждению беременности, ВИЧ-инфицирования, употребления наркотиков и алкоголя.

В рамках данной категории профилактических программ особое внимание следует уделить программам улучшения взаимодействия между учителями и школьниками. Такие программы включают тренинг учителей с целью создания социально-поддерживающего климата в школе, работу с самооценкой и «Я-концепцией» учителя, тренинги личностного роста и социальных навыков, в том числе навыков позитивной коммуникации с учениками.

**Программы, сфокусированные на семье**, ориентированы на работу с семьями несовершеннолетних и молодежи. В настоящее время развивается ряд сфокусированных на семье профилактических программ, которые показали свою эффективность: программы тренинга родительской компетентности, программы развития семейных и социальных навыков у детей и родителей, программы формирования семейного копинг-поведения.

В рамках программ, ориентированных на различные сообщества, следует особо отметить **программы создания групп социальной поддержки**, ориентированные на создание групп взаимной поддержки среди сверстников, родителей, педагогов, а также групп само- и взаимопомощи.

**Мультикомпонентные программы** учитывают индивидуальные и средовые аспекты профилактики (школьные, семейные, общественные и т. д.). Мультикомпонентный превентивный подход является наиболее перспективным, поскольку установлено, что эффективность программ прямо пропорционально связана с количеством включенных в нее компонентов. Целью мультикомпонентных программ является получение *синергетического* эффекта при охвате различных целевых групп и комбинации различных превентивных стратегий.

Несмотря на разнообразие профилактических программ, существуют общие критерии, соответствие которым обуславливает эффективность профилактического воздействия, осуществляемого по программе.

### **9.3.1. Критерии эффективности программ профилактики ВИЧ/СПИДа**

В настоящее время сформулированы основные требования к профилактическим программам в образовательной среде, которые касаются соответствия современным достижениям теории профилактики ВИЧ/СПИДа 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 реализации профилактических программ позволил выделить некоторые особенности профилактического воздействия, которые снижают эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Рассмотрим *признаки неэффективных профилактических программ*:

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

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

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

4. С точки зрения технологии проведения профилактической работы малоэффективным оказался преимущественно односторонний дидактический подход (лекции и раздача информационных буклетов), а также воздействие, основанное на чувстве страха или стыда или с применением мер репрессивного характера.

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

Рассмотрение особенностей малоэффективных программ позволяет более четко сформулировать требования к эффективным и результативным программам профилактики ВИЧ/СПИДа.

Согласно современному подходу к профилактике ВИЧ/СПИДа, такой может быть программа, соответствующая следующим критериям:

а) программа построена на концепции, адекватной современным направлениям профилактики;

б) в программе четко указаны реалистичные цели и задачи, сформулированы конкретные результаты;

в) в программе определена логическая последовательность конкретных мероприятий, необходимых для достижения поставленных целей и получения предполагаемых результатов;

г) программа содержит критерии и способы оценки эффективности проводимой работы и предполагает контроль за полученными результатами;

д) программа направлена на усиление проективных и адаптационных факторов и уменьшение факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией или развития СПИДа;

е) 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;

ж) программа предполагает развитие ресурсов личности, формирование эффективных стратегий поведения;

з) программа ориентирована на изменение социального окружения от обучающихся и предполагает включение модулей для родителей, учителей, воспитателей, соответствующих тематике программ для несовершеннолетних для инициации внутрисемейного обсуждения и выработки четкой внутрисемейной политики;

и) программа предполагает применение интерактивных и тренинговых методов работы: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь и т. п.;

к) программа долгосрочная, предполагающая регулярность профилактического воздействия, преемственность тем, цикличность профилактического воздействия;

л) программа ориентирована на развитие местных ресурсов и предполагает подбор и обучение кадров, информационное и методическое обеспечение;

м) программа ориентирована на социальный резонанс и учитывает его. Это выражается в привлечении к проблеме общественного внимания и профилактической работе с использованием СМИ;

н) программа содержит потенциал дальнейшего распространения знаний, навыков и умений на другие группы населения, не предусмотренные в программе.

Соответствие программы данным критериям эффективности проверяется перед началом профилактической работы и позволяет проводить экспертную оценку программы перед ее использованием на практике.

После проведения профилактических мероприятий, предусмотренных программой, необходима *оценка реальной эффективности программы*, которую следует проводить до и после работы с ней, а также спустя 6—8 месяцев после окончания ее мероприятий (так называемое отсроченное тестирование).

В программе должны быть заложены критерии и способы оценки ее эффективности, но в общем виде они представляют собой совокупность изменений, произошедших с целевой группой и ее социальным окружением. Эти 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, изменения которых могут 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 образовательного учреждения.

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

#### **9.4. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА**

Под субъектами профилактической деятельности понимаются те специалисты и организации, которые осуществляют профилактику (включая планирование профилактических мероприятий и контроль их осуществления).

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 и т. д.);
- члены общественных организаций и объединений, занимающихся проблемами 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.

Необходимое условие эффективной профилактической деятельности — 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 их вовлеченности в проблему ВИЧ-инфекции.

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

- здоровые учащиеся;
- учащиеся группы повышенного риска заражения ВИЧ;
- 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.

### **Контрольные вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте систему профилактики ВИЧ/СПИДа в России. В чем состоит роль специалистов образовательных учреждений в профилактике ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних и молодежи?
2. Каковы основные направления профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде?
3. Какие программы профилактики ВИЧ-инфекции существуют? Охарактеризуйте основные виды профилактических программ.
4. Каковы критерии эффективности профилактических программ? Для чего используется экспертиза разрабатываемых программ? Как оценивается реальная эффективность проведенной программы?
5. Назовите основные субъекты и объекты профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде.

*Глава 10*  
**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

**10.1. ЗНАЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ  
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ  
В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА**

В настоящее время в России через образовательные учреждения проходит более 99% детей и подростков. Образовательные учреждения имеют значительное влияние на формирование и развитие личности учащегося; имеют доступ к семье несовершеннолетнего и механизмы воздействия на семейную ситуацию; располагают квалифицированными специалистами (педагогами, психологами, социальными работниками, квалифицированным медперсоналом и др.), поэтому образовательная среда является наиболее оптимальной сферой для проведения эффективной профилактической работы в области ВИЧ/СПИДа.

Кроме того, существует еще один важный фактор, повышающий значение образовательной среды для проведения профилактической работы. Как показывают данные социологических опросов, в обществе к ВИЧ-инфицированным существует настороженное, а часто и дискриминационное отношение. Между тем в ближайшие годы ожидается увеличение в общеобразовательных школах числа ВИЧ-инфицированных детей, которые затем будут поступать в вузы и средние специальные учебные заведения. Поэтому образовательная среда является удобной не только для проведения профилактического обучения в области ВИЧ/СПИДа, но и для формирования толерантного отношения детей и подростков к ВИЧ-инфицированным. Такой подход к системе профилактики позволяет воспитать у учащихся терпимое отношение к людям, по тем или иным причинам отличающимся от них.

Поэтому не следует рассматривать профилактическую работу только как обучение навыкам безопасного секса или неупотребления психоактивных веществ.

Профилактическое обучение в первую очередь должно быть направлено на развитие коммуникативных навыков: умение детей и подростков общаться между собой, отстаивать свою точку зрения, уметь говорить «нет», избегать конфликтных и рискованных ситуаций и т. д. Т. е. профилактическая работа должна формировать в каждом обучающемся внутренний морально-нравственный стержень, который позволит ему избежать не только ситуаций, связанных с повышенным риском ВИЧ-инфицирования, но и других ситуаций, связанных с повышенным риском для жизни и здоровья.

Конечным итогом профилактического обучения детей и молодежи в плане профилактики ВИЧ/СПИДа является внедрение в молодежную среду программ позитивной мотивации к здоровому образу жизни, формированию социально значимых, общепринятых и лично обозначенных нравственных ценностей.

Решение подобной задачи может осуществляться только через образовательную среду, так как педагоги и родители являются значимыми авторитетами для большинства детей и подростков.

В образовательной среде есть уникальная возможность использовать для профилактической работы всех значимых для подростка взрослых: педагогов, школьных и внешкольных медработников, родителей и др. Каждый из них может заниматься профилактической работой на уровне своей компетенции. Такой комплексный подход к решению проблемы профилактики существенно повышает ее эффективность.

Образовательная среда имеет большой ресурс для прямого и опосредованного влияния на систему ценностей детей и подростков, что позволяет в зависимости от целевой аудитории и ожидаемых результатов реализовывать профилактические программы различного уровня. Профилактическая работа может вестись как через предметное обучение, так и через организацию внеурочной активности учащихся. Применение нескольких подходов к профилактике, возможное только в образовательной среде, существенно повышает ее эффективность.

Дети и подростки, находящиеся в образовательной среде, имеют еще не сформированную систему жизненных ценностей, которую можно пытаться изменить путем проведения профилактической работы и повышения мотивации к здоровому образу жизни.

### **10.1.1. Особенности профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде**

Образовательная среда, являясь оптимальной сферой для проведения профилактической работы в области ВИЧ/СПИДа, в то же время накладывает целый ряд ограничений на реализацию соответствующих программ.

Профилактические программы (как просветительские, так и тренинговые) являются мощным инструментом воздействия на поведение детей и молодежи. Необдуманная реализация таких программ может быть связана с риском повышения интереса учащихся к экстремальным формам поведения, активации механизмов резистентного поведения, закрепления в сознании недостоверной информации и другими негативными последствиями. В связи с этим все программы, реализуемые в системе образования, должны быть утверждены структурами, уполномоченными проводить экспертизу образовательных программ на уровне муниципалитета, региона, Федерации.

Все специалисты, занятые в этой области профилактики ВИЧ/СПИДа, 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 медицины, психологии, педагогики, образования и культуры. Они должны учитывать специфические осо-

бенности регионов и тех целевых групп, для которых они предназначаются, включая этнические, социально-экономические, возрастные и гендерные особенности.

Ключевые элементы превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде включают: просвещение и информирование населения о ВИЧ и других инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), о проблемах репродуктивного здоровья; развитие личностных ресурсов, формирование социальной и персональной компетентности, развитие адаптивной стратегии поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации.

Степень и объем проведения профилактических программ предварительно согласовываются с администрацией учебного заведения, родительским комитетом и вышестоящим органом управления системой образования.

Реализация программ обучения в плане профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, их объем, охват теоретического и практического материала должны обязательно согласовываться с родителями, законными представителями своих несовершеннолетних детей. Посещение детьми профилактических занятий, особенно посвященных репродуктивному здоровью, возможно только с разрешения родителей. Лучше, если такое разрешение будет получено в письменной форме на родительском собрании. В противном случае проведение таких программ может считаться нелегитимным и приводить к конфликтным ситуациям.

В последние годы получены данные о том, какие методы профилактической работы в сфере образования наиболее эффективны. Доказано, что если целевые группы (например, подростки) включены в процесс проектирования, разработки и внедрения профилактического образования, вероятность достижения положительных результатов намного выше; а также что полученная информация о ВИЧ/СПИДе заметно влияет на поведение в контексте приобретения жизненных навыков и развития чувства ответственности и уверенности в себе.

Перечисленные факторы и другие аспекты анализа профилактической работы следует учитывать при формировании, дальнейшем развитии и совершенствовании системы профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде. В основу программы профилактики должны быть положены следующие принципы: дифференцированность профилактических программ, интегрированность профилактической работы в образовательной среде и факторный подход, т. е. учет биологических, психологических и социальных факторов риска и протективных (защитных) факторов инфицирования ВИЧ/СПИДом при определении содержания программ.

Исходя из принципа дифференцированности программ по признаку направленности профилактической работы в образовательной среде предлагается выделять четыре целевые группы:

- здоровых несовершеннолетних;
- несовершеннолетних групп риска;
- ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних;
- лиц, контактирующих с ВИЧ-инфицированными.

Из этих целевых групп профилактической работы наиболее многочисленная и обширная — целевая группа практически здоровых детей и подростков.

## **10.2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ГРУППОЙ ЗДОРОВЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Профилактическая работа в этой группе преимущественно направлена на формирование и развитие защитных факторов, препятствующих ВИЧ-инфицированию. Это относится как к биологическим (физиологическим), так и к психологическим и социальным факторам. Поэтому ведущими методами работы в этой группе являются многочисленные и разнообразные программы формирования здорового образа жизни детей и подростков, их жизненных навыков, в том числе коммуникативных, а также подготовка к сложным жизненным обстоятельствам.

Особое значение для здоровых несовершеннолетних имеет информационно-образовательная, просветительская работа по половому воспитанию и безопасному сексу, а также информация о сущности ВИЧ/СПИД-инфекции и путях ее предупреждения.

Значительные трудности часто возникают при обсуждении половой проблематики в целом и практики половой жизни молодежи в частности. Эти трудности проявляются в отношении как преподавателей (школьные учителя, администраторы и лица, формирующие образовательную политику), 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 и наиболее результативных путей работы в этом направлении в дошкольном и младшем школьном возрасте является информационно-просветительская деятельность по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа. Это дает родителям возможность находить адекватные способы доведения этих сведений до своих детей с учетом конкретных семейных условий и индивидуальных особенностей ребенка.

В проведении профилактической работы в группе здоровых предусматривается сочетание дидактических и интерактивных методов как в процессе предметного обучения (биология, ОБЖ, информатика, литература, история и др.), так и в условиях дополнительного образования и досуговой деятельности. Большое значение для успешной профилактики имеют стимуляция, поощрение, поддержание самостоятельной активности детей и подростков.

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

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

— консультации, организуемые для учащихся и родителей.

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

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

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

Одним из центральных вопросов профилактической работы является вопрос о выборе методов и конкретных приемов психолого-педагогического воздействия.

Необходимо отметить тот факт, что работа по профилактике ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях находится в стадии становления, и нельзя говорить о каких-то классических методах ведения профилактической деятельности. Тем не менее общие психокоррекционные методы и методы превентивного обучения, адаптированные для нужд профилактики, имеют высокий потенциал.

Рассмотрим основные методы профилактической работы, применяемые в разных возрастных группах учащихся, а также и с их родителями.

### Дети дошкольного и младшего школьного возраста

В работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста наибольшего результата можно добиться комбинированным использованием элементов различных методов психологического воздействия — арттерапии, сказкотерапии, классических дидактических методов и приемов, таких как беседа, дидактические игры и т. п., а также метода групповой дискуссии и ролевых игр, адаптированных для нужд данной профилактической работы.

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

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

**Сказкотерапия.** Само название метода указывает на то, что его основой является использование сказочной формы. Перспективность использования этого метода в работе с детьми в рамках профилактики приобщения к психоактивным веществам, а также в половом воспитании детей обусловлена следующим: форма метафоры, в которой созданы сказки, сказочные истории, легенды и мифы, 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 признается главным защитным фактором от возможной наркотизации, а также понимания ценности здорового образа жизни и безопасного ответственного сексуального поведения.

Эффективным может быть сочетание сказкотерапевтических техник с элементами арттерапии.

**Арттерапия** — метод, использующий в качестве средства психолого-педагогического воздействия искусство.

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

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

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

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

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

Таким образом, использование элементов арттерапии, сказкотерапии, ролевых и дидактических игр способствует усилению защитных факторов и позволяет давать адекватную возрасту информацию о ВИЧ.

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

**Рассказ-объяснение** помогает педагогу, психологу донести до детей новый материал.

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

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

Наиболее действенными практическими методами обучения являются мозговой штурм и групповая дискуссия.

**Мозговой штурм** используется для стимуляции эмоционального и когнитивного выражения детей по определенным вопросам. Педагог или психолог предлагает им высказывать идеи и мнения без какой-либо их оценки или обсуждения и фиксирует все высказывания детей на доске до тех пор, пока не истощится запас идей или не кончится отведенное для этого время. Затем следует обсуждение высказанных идей в группах. Например, с помощью метода групповой дискуссии.

**Групповая дискуссия** — совместная деятельность учащихся и педагога с целью решения групповых задач или воздействия на мнения и установки участников в процессе обсуждения.

Использование этого метода в профилактической работе позволяет развить способность ребенка увидеть проблему с разных сторон, уточнить собственную позицию по разным вопросам, сформировать навыки конструктивного сотрудничества и принятия группового решения, удовлетворить потребность в признании и уважении со стороны сверстников и педагога.

Организация групповых дискуссий предполагает:

- объединение участников в небольшие группы так, чтобы дети сидели лицом к лицу (в старшем дошкольном возрасте и первых классах более эффективно деление на пары и тройки, в 3—4-м классе можно организовывать группы из 4—5 человек);
- общее задание или тему обсуждения;
- обмен информацией в группе, воспитание умения слушать (важно заранее сформировать у детей навыки эффективного слушания и правил общения в группе);
- общую оценку работы группы;
- определенную организацию опроса: спрашивать одного из участников малой группы в случайном порядке или заранее распределить роли каждого участника группы (например, пресс-секретарь, хранитель времени и т. п.);
- рефлексию участников (анализ событий, происходящих в группе).

### Подростковый и юношеский возраст

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

Во время занятий следует учитывать психологические трудности аудитории при обсуждении интимных вопросов. Для преодоления этих сложностей важно стимулировать различного рода дискуссии и использовать игровые методики.

Во время проведения занятий целесообразно использовать такие технические приемы, как *мозговой штурм, групповая дискуссия, ролевые игры, наглядные методы обучения*.

**Мозговой штурм** — способ быстрого включения участников в работу.

Ведущий должен быть внимательным и стараться не пропустить ни одного высказывания, так как стеснительным людям бывает трудно говорить перед всеми и, если их мнение не услышано, они замыкаются и больше не участвуют в занятии. Идеи, высказанные в рамках мозгового штурма, могут послужить основой для формирования активной позиции участников по обсуждаемым вопросам, например, с использованием групповой дискуссии.

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

Формирование и отработка навыков безопасного и ответственного поведения может проводиться с помощью ролевых игр.

**Ролевая игра** — воспроизведение какой-либо жизненной ситуации по тематике занятия. Такие игры помогают преодолеть психологические барьеры, когда

затронуты интимные вопросы или требуется выразить свои чувства. Кроме того, в ролевой игре происходит выработка и апробация новых навыков. Важно, чтобы участники не играли однотипные роли, и ни в коем случае нельзя допустить, чтобы кто-то стал отрицательным персонажем в глазах других. Поэтому важно, чтобы во время обсуждения рассматривались не игровые моменты, а чувства участников и трудности при попытке вести себя определенным образом.

Во время занятий хорошо использовать различные иллюстративные материалы, например видео. Их демонстрация не должна занимать слишком много времени, но ее следует обязательно сопровождать обсуждением.

Повысить эффективность профилактического воздействия на молодежь может использование *метода обучения «равный — равному»*, когда в качестве обучающихся выступают сверстники. Этот метод во многом эффективен благодаря тому, что юноши и девушки охотно слушают людей одного с ними возраста. Это особенно очевидно в отношении таких деликатных тем, как секс и сексуальное поведение, поскольку молодые люди могут воспринимать пояснения педагогов, родителей и других взрослых с недоверием и стеснением.

### **10.3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ГРУППЫ РИСКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ**

Другая фокус-группа профилактической работы в образовательной среде — это группа риска инфицирования ВИЧ/СПИДом. В профилактической деятельности в этой группе наряду с методами, направленными на формирование и развитие защитных факторов, необходимы методики раннего выявления и определения факторов риска, а также последующей коррекции состояний несовершеннолетних для снижения возможности и предупреждения инфицирования ВИЧ/СПИДом.

Группами риска инфицирования ВИЧ/СПИДом являются лица, употребляющие психоактивные вещества, особенно инъекционные наркоманы; работники коммерческого секса; гомо- и бисексуалы; сексуальные партнеры ВИЧ-инфицированных; лица, подвергающиеся частым медицинским манипуляциям и переливаниям крови. Кроме того, следует учитывать и группы с другими биологическими, психологическими и социальными факторами риска, повышающими возможность инфицирования ВИЧ/СПИДом. Эти факторы во многом 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. Особое внимание в профилактической работе в образовательных учреждениях должно быть сосредоточено прежде всего на своевременном выявлении (и организации соответствующей психолого-педагогической

коррекции) учащихся с признаками психосоциальных факторов риска, в частности с отставанием в учебе, признаками девиантного поведения, низким уровнем социального поведения, нарушением семейных отношений, безнадзорными, «социальными сиротами» и др.

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 в группе риска — убедить учащихся добровольно и на длительный срок изменить свое поведение, сделав его более безопасным.

Следует иметь в виду, что 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 Д. Прочаска и К. Ди Клементе, которые изучили и систематизировали накопленные в психологической статистике факты отвыкания от различных зависимостей (курение, алкоголь, переедание и др.) и выявили общие закономерности, характерные для всех случаев успешного изменения поведения.

Человеку, меняющему свое поведение, на каждом из этапов этого процесса требуются соответствующая информация и сопровождение.

#### **Этапы изменения проблемного поведения:**

1. *Даже не задумывается о том, что привычное поведение может быть опасным.* На данном этапе необходимо привлечь его внимание к этой проблеме, шокировать, привести к осознанию собственного риска. Задуматься о проблеме ему помогают социальная реклама, плакаты, видеоклипы.

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

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

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

5. *Устойчивый результат.* Необходимо выработать чувство гордости достигнутым, постоянное ощущение поддержки близких. Для достижения стабильных результатов нужны группы поддержки, социально-психологические службы, целенаправленная работа с окружением, родными и близкими.

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

Эффективность проводимой профилактической работы с категориями социально здоровых учащихся и учащихся группы риска во многом зависит от того, насколько активно вовлекаются в решение профилактических задач их семьи.

#### **10.4. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ ЗДОРОВЫХ И ПРОБЛЕМНЫХ УЧАЩИХСЯ**

Семья имеет наибольшее, а порой и решающее влияние на ребенка, подростка и молодого человека. Поскольку многие темы, затрагиваемые в рамках профилактики ВИЧ-инфекции, имеют непосредственное отношение к этическим (нравственным) нормам, необходимо, чтобы при организации профилактической работы в образовательном учреждении поддерживались духовные ценности, культивируемые в каждой конкретной семье.

Наилучшим способом решения проблем этического характера является привлечение к половому и антинаркотическому воспитанию детей и их близких. Но это связано с рядом трудностей. Рассмотрим только некоторые из них.

Традиционно причиной отказа от участия родителей в воспитательном процессе, организуемом образовательным учреждением, является их занятость. Кроме того, нередко возникает ситуация, когда родители не могут вести профилактическую работу потому, что сами не имеют достаточных знаний или не в состоянии преодолеть психологические сложности в изложении материала. Так, согласно данным опросов, осведомленность родителей подростков о наркотических веществах гораздо ниже, чем у их детей.

Психологические сложности наиболее ярко проявляются на примере сексуального воспитания детей. Стержневым вопросом воспитания является то, как родители воспринимают прирожденную сексуальность ребенка и в какой степени допускают ее проявления. Для формирования полового поведения ребенка отношение родителей к этой проблеме гораздо важнее, чем вся информация или дезинформация, которую они могут предоставить ему по данному вопросу.

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

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

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

При **навязчивом типе** отношения к сексуальности родители смотрят на секс как на полезное и здоровое явление, но перегибают палку и ставят его в центр всей жизни. Они чересчур либеральны во всем, что касается сексуальной активности, и иногда столь явно выставляют напоказ свою половую жизнь, что приводят в недоумение и замешательство собственных детей (например, могут открыто говорить о своих интимных отношениях или о своей коллекции видеокассет с эротическими фильмами). Чрезмерное внимание к половым вопросам может раздражать детей или вызывать у них чувство подавленности.

Родители, чье отношение к половым вопросам можно охарактеризовать как **экспрессивное**, рассматривают секс как нечто естественное, при необходимости открыто обсуждают эту тему, но устанавливают разумные рамки для проявления сексуальной активности детей (точно так же, как всех других форм поведения). Они стараются внушить детям, что сексуальность — положительное и здоровое явление, но не стоит сосредотачивать на нем все свои помыслы. И это самая здравая точка зрения на половые проблемы.

Проведенные исследования показали, что лишь немногие родители способны правильно организовать половое воспитание своих детей, поэтому, как свидетельствуют данные опросов, основную долю сведений о сексе те, к сожалению, получают не в семье, а от друзей.

Эти факты свидетельствуют о том, что с родителями необходимо проводить специальную работу.

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

- школы для родителей или родительские университеты — обучающие группы для заинтересованных родителей;
- индивидуальные консультации по запросу;
- распространение информационной литературы (брошюр, буклетов, книг);
- совместные родительско-детские группы;
- группы поддержки, организуемые родительским активом.

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

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

Поэтому им не следует закрывать глаза на существование проблемы наркомании и раннего начала половой жизни современными детьми и подростками. Они должны быть хорошо осведомлены в ряде вопросов: что такое наркотики; какие виды наркотических веществ существуют и какие из них преобладают в том регионе, где проживает семья; как развивается наркотическая зависимость; как выглядят наркотизирующиеся; что делать, если близкий человек — наркоман, а также как и когда говорить с ребенком о половом воспитании и что делать с сексуально активными подростками.

Таким образом, профилактическая работа в образовательном учреждении, направленная на предотвращение заражения ВИЧ-инфекцией несовершеннолетних и молодежи, ориентирована на работу со здоровыми и условно благополучными учащимися и учащимися группы риска и с их семьями и предполагает информирование по всему спектру проблем, связанных с ВИЧ-инфицированием, а также формирование и поддержание безопасного поведения (включая изменение рискованного поведения на более безопасное).

Поскольку в настоящее время в образовательных учреждениях обучается все больше и больше ВИЧ-инфицированных детей, подростков и молодых людей, а также несовершеннолетних, контактирующих с ВИЧ-инфицированными в семье, важным целевым направлением профилактической деятельности является психолого-педагогическое сопровождение ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

### **10.5. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ И ИХ СЕМЬЯМИ**

Следующая целевая группа профилактических усилий в образовательной среде направлена на ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних. Широкая представленность этого контингента в образовательных учреждениях обусловлена стремительным ростом ВИЧ-инфицированного населения страны в целом и особенно детей и молодежи. 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.

В отношении этой группы наиболее адекватными представляются методы вторичной и третичной профилактики и реабилитации, т. е. использование программ, направленных на предотвращение дальнейшего распространения заболевания, а также комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни лиц с ВИЧ-инфекцией, прежде всего методами медико-психолого-педагогического сопровождения.

Среди ВИЧ-инфицированных детей и подростков имеется большой процент страдающих не менее страшным заболеванием — наркоманией.

Для несовершеннолетних с ВИЧ/СПИДом, употребляющих наркотические вещества, характерно пренебрежение тем фактом, что они ВИЧ-инфицированы: «Я умру раньше от наркотика, чем от СПИДа». Поэтому решение их проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, неразрывно связано с решением проблем наркомании.

Главное, что приносит употребление ПАВ в жизнь ВИЧ-инфицированных, — это *нарушение психического развития и социализации*. Эти нарушения проявляются у наркозависимых ВИЧ-инфицированных детей и подростков в разных психических сферах:

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

— *в мотивационно-эмотивной сфере* — отсутствие навыков управления настроением, преобладание депрессивного эмоционального фона, суицидальные мысли и суженная временная перспектива, отсутствие четких жизненных планов и мотивации собственных поступков, доминирование ценностей наркотической субкультуры;

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

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

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

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

Еще одну группу ВИЧ-инфицированных детей, стремительно увеличивающую свою численность и имеющую свои особенности, составляют дети, рож-

денные от ВИЧ-инфицированных матерей. ВИЧ-позитивный ребенок ВИЧ-инфицированной матери может иметь разнообразные нарушения в развитии, как связанные с влиянием основного заболевания (ВИЧ-инфекции), так и вторичные, связанные с депривацией ребенка.

Такой ребенок долгое время может не знать о своем диагнозе. Причины сохранения тайны диагноза от ребенка могут быть разными, но, как правило, родители стараются оберегать ребенка от психологической травмы и социальной изоляции. Когда ребенок узнает, что болен ВИЧ-инфекцией, его реакция может быть разной — от чувства облегчения, что гнетущая его тайна раскрыта, до переживания кризиса, связанного с осознанием наличия смертельной болезни.

Подростки и молодые люди, заразившиеся ВИЧ-инфекцией или узнавшие о своей болезни в сознательном возрасте, так же как и взрослые люди, должны приспособиться к своему диагнозу, принять его. Этот процесс не является одномоментным. Мало того, особого внимания специалиста образовательного учреждения заслуживает тот факт, что каждый человек, находящийся в кризисе, очень нуждается в помощи и поддержке.

## **10.6. ЭТАПЫ ПРИНЯТИЯ ДИАГНОЗА «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ» И ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Человек, узнав о том, что у него ВИЧ-инфекция, проходит несколько стадий принятия болезни. Элизабет Кублер-Росс (E. Kubler-Ross) выделила шесть стадий реакции на кризис, а Саулиус Чаплинскас раскрыла их содержание и то, как можно облегчить психологическое состояние таких людей.

### **1. «Шок»**

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

Очень важно не оставлять его одного, быть с ним, разговаривать дружелюбно, не критикуя, побуждать его говорить. Следует подолгу говорить о его диагнозе, чтобы удостовериться в том, что он понимает результаты теста, ответить на все его вопросы, узнать, что он собирается делать в следующие несколько часов и дней и обсудить планы возможной помощи.

### **2. «Отрицание»**

Оправляясь от шока, человек не может поверить, что все это происходит именно с ним: «Это невозможно, это какая-то ошибка», — обычно слышат от ВИЧ-инфицированного человека. Отрицание — это временная защита, позволяю-

щая накопить энергию, как физическую, так и эмоциональную. Она потребуется, чтобы справиться с чувством страха, появившимся из-за угрозы жизни.

Полное отрицание встречается редко. В большинстве случаев вместе с отрицанием человек проявляет глубокую обеспокоенность ситуацией, когда он должен осознать и принять правду. Отрицание означает, что он не хочет говорить о себе.

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

### **3. «Злость»**

Затем следует период, когда отрицание уже становится невозможным. Его заменяют злость, гнев. Инфицированный человек спрашивает себя и людей вокруг: «Почему я? Что я сделал? Чем я хуже других?». Злость выражается во всем. Она может быть направлена на близких, на медработников, на власть, на специалистов образовательного учреждения, на сверстников. На этой стадии очень важны терпимость и сопереживание окружающих.

Облегчение наступает после того, как кто-то выслушает все упреки больного, позволит излиться его гневу и будет реагировать на него спокойно, без враждебности.

Специалист должен постараться объяснить человеку истинные причины его гнева и отчаяния, пояснив, что это естественный период его психологического состояния.

### **4. «Преодоление»**

За стадиями шока, отрицания и злости следует попытка изменить ситуацию и «заклечь сделку» с судьбой. Человек обещает изменить свое поведение, что-то сделать, быть добродетельным в случае, если поправится и не будет чувствовать боли. Очень важно слушать размышления больных, которые обычно свидетельствуют о развившемся чувстве вины.

Инфицированные люди чувствуют себя виноватыми из-за своего прежнего поведения, часто они относятся к ВИЧ как к наказанию за свою греховную жизнь. Выражения чувства вины обычно очень сильные. Результатом становится депрессия, разрушительно воздействующая на все стороны жизни. Может иметь место уменьшение и ограничение активности, отказ от удовольствий в надежде, что эти самоограничения будут вознаграждены.

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

### **5. «Депрессия»**

На этом этапе инфицированный человек чувствует подавленность, грусть, страх за свое будущее, боязнь быть отвергнутым и остаться в одиночестве.

Депрессию обычно усиливает низкая самооценка. Вследствие того, что в современном обществе существует культ человеческого здоровья и всемогущества, ВИЧ-инфицированный воспринимает свою болезнь как собственную неудачу, поражение, чувствует себя слабым и жалким. На этой стадии важно позволить человеку выразить свои чувства, свою грусть, больше говорить.

Специалисту следует стараться успокоить его, настроить на оптимистичное восприятие жизни, на мысли о приятных и смешных вещах. Нужно определить страхи пациента и помочь ему побороть их. Люди в основном боятся последствий болезни: возможных заболеваний, одиночества и негативной реакции окружающих на заболевание. Депрессия обычно проходит после устранения истинных причин беспокойства и поиска путей гарантированного получения медицинской помощи, финансовых средств, круга общения и поддержки близких людей.

### **6. «Принятие»**

Если у человека достаточно времени, если необходимая помощь оказана и, что самое главное, ему не мешали в прохождении предыдущих этапов, он достигает состояния, когда диагноз и его осознание больше не вызывают у него ни злости, ни депрессии. Человек снова начинает уважать и ценить себя, к нему возвращаются интересы и желание общаться.

Во время оказания психологической помощи важно не мешать человеку с ВИЧ-инфекцией проходить все фазы кризиса, не подгонять его. Важно просто быть рядом, без навязчивости показывать свое участие, заботу и готовность помочь. Эти стадии для инфицированного человека — защитные механизмы, помогающие выжить в сложных жизненных обстоятельствах. Они могут быть более или менее продолжительными, не обязательно последовательными, взаимопереходящими друг в друга или замещающими друг друга или даже существовать отдельно.

Помощь ВИЧ-инфицированным учащимся независимо от их социально-психологических особенностей, времени заражения и причин инфицирования, должна быть комплексной и распространяться не только на них самих, но и на их ближайшее окружение, в первую очередь на семью. Сопровождение семей ВИЧ-инфицированных учащихся предполагает оказание им помощи в решении психологических проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией.

## **10.7. 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 как больных членов семьи, так и тех, кто осуществляет уход за ними. Кроме того, в таких семьях имеется дополнитель-

ное эмоциональное напряжение, связанное с переживаниями вокруг больного ребенка, по отношению к которому родители чувствуют себя виноватыми и часто становятся гиперопекающими.

Такие родители стараются уберечь ребенка от любых нагрузок и компенсировать ему его болезнь, занимая чрезмерно опекающую позицию, стараясь уберечь его от всех забот и трудностей. По данным статистики, каждый десятый родитель считает, например, что больным детям не нужно 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 решить самостоятельно.

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

Часто родители инфицированного ребенка склонны к самоограничениям в собственной жизни: отказ от супружеских отношений, от собственных увлечений, любимой работы и т. д. из желания дать больному ребенку как можно больше. Но главная проблема — переживания, которые неизбежно присутствуют 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 таких семей развиваются психосоматические и невротические расстройства.

Многие семьи до сих пор считают необходимым соблюдать тайну заболевания ребенка из-за возможной социальной дискриминации, с которой уже встречалась эта или подобная ей семья. Естественное следствие этого — изоляция семьи, часто даже в рамках «большой», 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 на взаимоотношения в семье ряд особенностей, обостряя существующие во всех семьях ВИЧ-инфицированных психологические проблемы и порождая другие, связанные с наркозависимостью.

### **10.7.1. Психологические проблемы семей с ВИЧ-инфицированным наркозависимым ребенком**

Современной наркологией и психологией безоговорочно признается тот факт, что изменения в жизнедеятельности одного из членов семьи, в частности разнообразные нарушения поведения или тяжелые заболевания по принципу формиро-

вания созависимости автоматически приводят к изменению функционирования всей семьи как целостной системы.

**Созависимость** — болезненное состояние, характеризующееся сильной поглощенностью и озабоченностью проблемами близкого человека, страдающего хроническим заболеванием. Оно затрагивает все стороны жизни созависимого и проявляется как в психологических трудностях, так и в нарушении взаимоотношений с окружающими, а также и в проблемах со здоровьем.

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

- хронический страх за жизнь и здоровье ребенка, концентрация жизненных планов вокруг больного члена семьи;
- преобладание депрессивного фона настроения, астении;
- потеря способности контролировать свое поведение, управлять своей жизнью;
- склонность к самообману и отрицанию неприятных сторон своей жизни (различные виды психологической защиты);
- низкая самооценка (вплоть до ненависти к себе);
- непоследовательность воспитательного стиля: они пытаются держать наркозависимого ВИЧ-инфицированного ребенка в жестких, иногда деспотичных рамках и в то же время чрезмерно к нему лояльны;
- стремление во что бы то ни стало сохранить позитивное впечатление о семье среди окружающих, создание психологического барьера между семьей и окружающими, что затрудняет получение помощи извне;
- переживание одиночества и чувства вины за происходящее.

Перечисленные изменения личности родителей (или других близких) наркозависимых ВИЧ-инфицированных детей и подростков характеризуют попытку членов семьи приспособиться к наркозависимости близкого человека, сопровождающейся неизлечимым, трудно предсказуемым в развитии заболеванием. Это приспособление носит патологический характер и происходит ценой личностных и межличностных ограничений, 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 (чувство), выражающееся в попытках проявлять повышенную заботу и ответственность по отношению к отдельным (или даже всем) членам семьи на фоне выраженных личностных нарушений тревожного ряда. Это делает детей, братья или сестры которых являются наркозависимыми и ВИЧ-инфицированными, самостоятельным объектом реабилитационной системы социально-психологического сопровождения.

Существенным является то, что эти изменения в отношениях внутри семьи создают для специалистов препятствия на пути оказания помощи члену семьи,

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

### **10.8. 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 межведомственное взаимодействие по их реализации. 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 на межведомственном уровне организационных решений 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 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-инфекции, обнаруживаются серьезные, а порой и необратимые задержки психического и психомоторного развития.

Сопровождение рассматривается в современной психологии как предоставление человеку комплексной помощи, представляющей собой взаимодействие сопровождающего («ведущего») и сопровождаемого («ведомого»), направленной на решение жизненных проблем сопровождаемого.

Понятие «сопровождение» употребляется также для обозначения недирективной формы оказания людям социально-психологической помощи, направленной на активизацию собственных ресурсов человека и раскрытие перспектив его личностного роста. Целью сопровождения является не только создание условий для изменения психического состояния сопровождаемого, но и его постепенный переход 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 по принципу «правда — на стороне ребенка»: специалист стремится решить проблему с максимальной пользой для ребенка, вне зависимости от того, прав он или не прав, так как специалист системы сопровождения зачастую является единственным, кто способен поддержать его в трудной ситуации;

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

— мультидисциплинарность: социально-психологическое сопровождение требует комплексного подхода;

— стремление к автономизации: специалист старается избегать любого давления со стороны администрации образовательного учреждения или других лиц из окружения ребенка, направленного на ущемление его интересов.

Процесс сопровождения является длительным и многоэтапным.

На первоначальном этапе сопровождения можно выделить следующие системные задачи:

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

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

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

— оказание сопровождаемым первоочередной 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 этой цели 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 ими воспитательных и образовательных учреждений.

## **10.9. СОПРОВОЖДЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ИХ СЕМЕЙ**

В настоящее время система социальной и психологической помощи ВИЧ-инфицированным и их семьям находится в самом начале стадии становления.

Во многом это обусловлено дискриминацией ВИЧ-инфицированных в обществе, из-за которой многие из них вынуждены скрывать свой статус. Это становится причиной того, что 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 весьма ограничиваются.

В обществе нарастает напряженность, связанная с эпидемией ВИЧ/СПИДа и с высоким риском им заразиться. Люди из-за собственного незнания не только необоснованно преследуют ВИЧ-инфицированных, но и сами приходят в состояние возбуждения и нервозности и заражают этим состоянием других, также плохо информированных людей.

Необходимы антидискриминационные меры по просвещению лиц, окружающих ВИЧ-инфицированных как в школе, так и в семье.

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

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

### **10.9.1. Службы групповой поддержки людей, живущих с ВИЧ**

Первые службы групповой поддержки людей, живущих с ВИЧ, появились в мире в начале 80-х гг. прошлого века. Первые инфицированные в США и странах Европы не имели почти никаких ресурсов для поддержки и ухода: группы взаимопомощи часто в буквальном смысле спасали жизни людей.

В России первые службы групповой поддержки людей с ВИЧ возникли в 1994 г., и интерес к этой форме поддержки ВИЧ-инфицированных постоянно возрастает. Главной особенностью любой группы является то, что для решения вопросов, которые беспокоят участников, она объединяет людей с общей проблемой. Это может быть как группа, объединяющая людей с ВИЧ в целом, так и группа узконаправленная, например ВИЧ-положительных женщин, ожидающих рождения ребенка, или группа потребителей наркотиков с ВИЧ, преодолевающих зависимость по 12-шаговому методу.

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

## Группы поддержки

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

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

Сходной с группами поддержки по видам помощи ВИЧ-инфицированным, но не аналогичной им по форме проведения и целям является работа групп взаимопомощи.

## Группы взаимопомощи

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

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

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

Для эффективной работы группы взаимопомощи желательно, чтобы как можно больше ее участников были готовы не только сами что-то получать, но и поддерживать других. Помимо людей, находящихся в кризисе, в группе обязательно должны присутствовать люди, преодолевшие свои проблемы и готовые поделиться опытом с другими.

В большинстве случаев участники группы сотрудничают со специалистами, проводя открытые встречи, принимая участие в исследованиях по оценке потребностей в фокус-группах и в других мероприятиях. Специалисты организации могут консультировать активистов, обучать коммуникационным навыкам участников группы.

### Психотерапевтические группы

Основная особенность такой группы — наличие определенной цели, к которой ведет профессиональный психотерапевт. В результате участия в психотерапевтической группе у участников формируются новые представления о себе, об окружающих, о своем месте в мире. Кроме того, углубляются навыки общения и происходит личностный рост в целом. Люди, остро нуждающиеся в поддержке и одобрении, часто могут быть еще не готовы к групповой психотерапии, так как от участников нередко требуется давать ответы на очень болезненные для них вопросы, при этом ведущий и другие участники совершенно не обязаны его в этом поддерживать. В связи с этим не рекомендуется проводить занятия в таких группах людям, находящимся в кризисе.

Психотерапевтическая группа ограничена в размерах (обычно 9—12 человек). Для ее эффективной работы необходим предварительный отбор участников, который осуществляет ведущий. В этом случае задача психотерапевта — принять во внимание и учесть в работе индивидуальные особенности личности человека и его ситуации, определить, сможет ли группа ему помочь. Обычно после отбора состав психотерапевтической группы не меняется, т. е. группа является закрытой, и через какое-то время, когда достигнуты поставленные цели, группа естественным образом прекращает свое существование.

В идеале участники психотерапевтической группы не должны иметь никаких отношений и связей друг с другом вне группы. Возникновение «подгрупп» между симпатизирующими друг другу участниками также не приветствуется.

Цели группы и форма ее проведения, в зависимости от конкретного ведущего-психотерапевта, могут существенно отличаться, и это предварительно оговаривается между участниками и ведущим.

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

Работникам образовательных и воспитательных учреждений необходимо владеть информацией о том, где находятся СПИД-сервисные организации в их районе, и о формах предоставляемой помощи, осуществляемой данными организациями, с тем чтобы иметь возможность наладить взаимодействие с их специалистами. Необходимо отметить, что в функции многих СПИД-сервисных организаций входит также проведение обучающих тренингов и семинаров для специалистов

различных профилей по вопросам ВИЧ/СПИДа, в том числе и специалистов образовательных учреждений.

Не вызывает сомнения, что социально-психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных детей и подростков является эффективным лишь тогда, когда в него включены специалисты образовательного учреждения, которое посещает ребенок.

Одним из основных направлений работы по сопровождению ребенка с ВИЧ в образовательном учреждении является формирование толерантности 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 юридические нормы, предписывающие, в частности, сохранение конфиденциальности информации о заболеваниях сопровождаемых.

ВИЧ-инфицированные дети, как и все остальные, имеют право на полноценную, активную, богатую впечатлениями жизнь, и важнейшей для маленького человека является возможность общения с другими детьми и взрослыми, их доброжелательное отношение к ним.

## **Контрольные вопросы и задания**

1. Дайте характеристику основным направлениям профилактики ВИЧ-инфекции среди здоровых учащихся в зависимости от их возраста.
2. Каковы основные формы и методы профилактической работы со здоровыми учащимися?
3. Расскажите о видах помощи, которые должны быть оказаны учащимся группы риска заражения ВИЧ на каждом этапе изменения проблемного поведения на более безопасное и ответственное.
4. Дайте характеристику сопровождения ВИЧ-инфицированных в образовательных учреждениях. В чем специфика работы с детьми ВИЧ-инфицированных матерей?
5. Охарактеризуйте основные виды помощи семьям ВИЧ-инфицированных наркозависимых несовершеннолетних в образовательных учреждениях.

*Глава 11*  
**НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА  
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ  
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ**

**11.1. ВОСПИТАНИЕ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ  
К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ В ОБЩЕСТВЕ**

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

Группа ВИЧ-позитивных учащихся всегда неоднородна. В зависимости от причин заражения, сопутствующих проблем и времени инфицирования такие учащиеся имеют индивидуальные особенности. В то же время существуют общие для всех категорий ВИЧ-инфицированных проблемы, влияющие на их социально-психологический статус. 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/СПИДом; 10% испытывают к ВИЧ-инфицированным ненависть, а 20% — отвращение (опрос, проведенный фондами «Фокус-медиа» и «СПИД Фонд Восток-Запад»).

Между тем в домашних условиях, в детском саду и школе ВИЧ-инфицированные дети угрозы для других детей не представляют. До сих пор не было зарегистрировано ни одного случая бытовой передачи ВИЧ-инфекции, поэтому наличие 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, органы управления образованием и образовательные учреждения должны с согласия родителей обеспечить обучение такого ребенка по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

Согласно существующим законам для исключения случаев дискриминации ребенка в общеобразовательном учреждении 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. Проблема действительно неоднозначна,

поскольку ВИЧ-инфицированные дети нуждаются в специальном медицинском уходе, но, самое главное, они, как и все мы, нуждаются в активной, полноценной жизни, наполненной разносторонним и непредвзятым общением. Конечно, проблему стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных детей и подростков невозможно полностью решить только законодательным путем.

Необходимость хранения «постыдной тайны» и постоянный страх ее разоблачения крайне отрицательно сказывается на психологическом здоровье ВИЧ-инфицированных детей и членов их семей. Вместе с тем отрицательное отношение общества к ВИЧ-инфицированным людям является одной из ведущих причин сокрытия диагноза ребенка даже от самого несовершеннолетнего. Родители оберегают ребенка от той боли, которой сопровождается знание такой тайны, и боятся того, что ребенок не сможет 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 с проблемами дискриминации и стигматизации. Значит, сопровождение ВИЧ-позитивных учащихся должно в качестве обязательного компонента включать работу по преодолению предвзятого отношения к больным людям у других учащихся образовательного учреждения, их родителей, педагогов и специалистов разного профиля.

*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, знавшая 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 подрабатывать, 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, каким был прежде.*

## 11.2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Основным руководящим документом, декларирующим права больных ВИЧ-инфекцией, является Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ (с изменениями от 18 июля 1996 г., 7 января 1997 г.) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

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 том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечением такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего его;

— 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 общеобразователь-

ной или индивидуальной программе на дому. Правительство РФ должно определить порядок воспитания и обучения таких детей на дому, в негосударственных образовательных учреждениях, а также размеры компенсации затрат родителей на эти цели.

Согласно Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ и Федеральному закону от 7 января 1997 г. № 8-ФЗ родители или 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;

- на бесплатный проезд одного из родителей при сопровождении ВИЧ-инфицированного ребенка в возрасте до 18 лет на лечение;

- на совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре;

- на внеочередное получение жилых помещений при проживании в семье ВИЧ-инфицированного ребенка в возрасте до 18 лет, причем одним из оснований признания семьи нуждающейся в улучшении жилищных условий является отсутствие у ВИЧ-инфицированного ребенка отдельной комнаты;

- на предоставление ВИЧ-инфицированному несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет социальной пенсии, пособия и льгот, установленных для детей-инвалидов.

Работающим родителям для ухода за ВИЧ-инфицированными детьми до достижения детьми возраста 18 лет предоставляется четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц.

Обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ проводится у беременных женщин как потенциальных доноров крови и биологических тканей (плацента).

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится только с согласия женщины (приказ Минздрава России № 302 от 28 декабря 1993 г.). 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, предусмотренных Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ, 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.

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ предусматривает уголовную ответственность за распространение ВИЧ-инфекции.

Кроме того, статья 122 Уголовного кодекса РФ («Заражение ВИЧ-инфекцией») в ноябре 2003 г. 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 довлела 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» (Н. С. Ремнева, 2004).

Необходимо отметить и тот факт, что в настоящее время в большинстве регионов Российской Федерации около 75% вновь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных являются потребителями внутривенных наркотиков (Г. Г. Онищенко, 2004), более 90% состоящих на учете больных наркоманией употребляют опиаты. Проведенные в различных городах страны исследования показали высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, 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 и наркопреступности 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». Считается также, что сексуальный путь передачи ВИЧ инфекции среди наркозависимых замаскирован высоким уровнем риска, связанным с инъекционным употреблением наркотиков (А. В. Шаболтас и др., 2004).

Глобальный характер распространения ВИЧ/СПИДа — серьезнейший вызов XXI веку, так как развивающаяся пандемия представляет реальную угрозу социально-экономическому развитию всех стран мира. В июне 2001 г. на эту тему была проведена Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН.

Опыт, накопленный 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-инфекции 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 стигматизацией 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 вызывают негативное отношение общества.

### **11.3. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ**

Система социально-психологического сопровождения несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных в образовательных учреждениях организуется на основе действующего законодательства Российской Федерации.

Основные документы, регулирующие ее функционирование:

- Конституция РФ;
- Конвенция о правах ребенка;
- «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1;
- Закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах от 10 декабря 1997 г.;
- Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- Приказ Министерства образования Российской Федерации от 22 октября 1999 г. № 636 «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 867 «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи».

Согласно *Конституции РФ, Конвенции о правах ребенка, Закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого 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 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 являются врачебной (медицинской) тайной.

Помимо медицинских служб, субъектами врачебной тайны являются и сотрудники немедицинских служб, которым при выполнении профессиональных функций стали известны сведения о состоянии здоровья лица независимо 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 лица, 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, прокуратуры 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.

## 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 // 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. — ЮНЭЙДС, 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. Культуральные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД в России / Под ред. В. В. Колкова. — М., 2003.
15. Кон И. С. Введение в сексологию. — М.: Медицина, 1989.
16. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. — 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. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. — М., 2003.
25. Образование против ВИЧ/СПИДа // Образование сегодня. Информационный бюллетень ЮНЕСКО. — 2004. — № 10.
26. Онищенко Г. Г. Задачи органов управления и учреждений здравоохранения по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 1.
27. 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.
28. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. — М., 2000.
29. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. — Копенгаген, 1998.
30. Профилактика ВИЧ-инфекции: Методические рекомендации / Под ред. Б. Тайца — М.; СПб., 2000.
31. Профилактическая работа с несовершеннолетними различных групп социального риска по злоупотреблению психоактивными веществами / Под ред. Л. М. Шипицыной, Л. С. Шпилени. — М., 2004.
32. Рахманова А. Г. и др. Случай смерти от СПИДа в СССР // Тер. архив. — 1989.
33. Рахманова А. Г. ВИЧ-инфекция. Клиника и лечение. — СПб., 2000.
34. Рахманова А. Г., Воронов Е. Е., Фомин Ю. А. ВИЧ-инфекция у детей. — СПб., 2003.
35. 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.
36. Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде / Под ред. Н. А. Сироты. — М., 2003.
37. Савченко И. Г., Покровский В. В. Факторы риска ВИЧ-инфекции в России среди употребляющих наркотики внутривенно // Медицинская помощь. — 1993. — № 4.
38. Сборник программ по профилактике злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними / Под науч. ред. Л. М. Шипицыной. — СПб., 2003.
39. Сельцовский А. П., Ющук Н. Д., Поляков С. В. Организация и проведение просветительской работы по проблеме ВИЧ/СПИДа среди учащихся старших классов общеобразовательных школ // Методические рекомендации. — 2002. — № 8.

40. 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.
41. Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1994.
42. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. — М.: Генезис, 2001.
43. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркоманий и алкоголизма: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — М., 2003.
44. Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным веществам. — Женева: ВОЗ ООН, 1996.
45. Соковня И. И. Нить Ариадны (Основы сексологии). — М.: НПО «Образование», 1995.
46. Стратегия ЮНЕСКО по образованию в области профилактики ВИЧ/СПИДа. — М., 2004.
47. Факторы риска и защиты в профилактике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних / Под ред. Л. М. Шипицыной. — М., 2004.
48. Фланаган В. Ф. Вирус иммунодефицита человека, СПИД и права человека в России. — СПб., 2000.
49. Франкхам Дж., Канабус А. Поговорим с подростками о СПИДе: Пособие для родителей. — Таллинн, 1993.
50. 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.
51. Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л. Доклад: Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. — М., 2003.
52. Школа без наркотиков. Книга для педагогов и родителей / Под ред. Л. М. Шипицыной, Е. В. Казаковой. — СПб., 2001.
53. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни. — М.: Медицина, 2001.
54. Ялтонский В. М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1995.
55. Ярилин А. А. Основы иммунологии. — М.: Медицина, 1999.
56. Preventing drug abuse among children and adolescents. A research-based guide. — NIDA, 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. Основным признаком физической зависимости от ПАВ.

**Абстиненция** (от лат. *abs* — «из-за» и *teneo* — «держаться») — воздержание от употребления наркотиков или алкогольных напитков по каким-либо причинам. Не следует путать с «абстинентным состоянием».

**Агрессия** — стремление, проявляющееся в реальном поведении или фантазировании и имеющее целью подавление или причинение вреда себе или другим объектам.

**Агрессивное поведение** — поведение, нацеленное на подавление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения.

**Адаптация** — приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде, так называемая биологическая адаптация. Различают также адаптацию психологическую, под которой понимают приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды, и 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 видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций.

**Акцентуации характера** — крайние состояния его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим.

**Антиген** — структурно чужеродное для данного конкретного организма вещество, способное вызывать иммунный ответ.

**Антинаркогенные установки** — специфические внутриличностные механизмы, обеспечивающие реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни. В структуре установок выделяется информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компонент. Информационный компонент включает в себя знания об аспектах наркотизации, позволяющие предотвратить знакомство с наркотическими веществами. Оценочный компонент выражается в отрицательном отношении к наркотизации, представлении об употреблении ПАВ как о неприемлемом способе поведения. Поведенческий компонент — это комплекс приемов и навыков, позволяющих избежать пробы наркотика.

**Антинаркотический барьер** — см. Факторы защиты.

**Антитело** — иммуноглобулин гликопротеидной природы, обладающий 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 выполнения 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, цель которого — повышение эффективности значимой для субъекта деятельности. Предполагает обучение пациентов мышечной релаксации, самовнушению, развитию концентрации внимания и силы представления, умению контролировать произвольную умственную активность.

**Аутодеструктивное поведение** — поведение, связанное с причинением себе вреда, с разрушением своего организма и личности.

**Аутоэротизм** — см. Пубертатная мастурбация.

**Аффект** — сильное и относительно кратковременное нервно-психическое возбуждение (ярость, ужас, гнев), сопровождающееся нарушением самоконтроля, напряженной мимикой и жестикуляцией.

**Биологические жидкости** — все жидкости в организме (кровь, слюна, лимфа, моча, слеза, сперма, вагинальная спинномозговая жидкость, грудное молоко, пот и др.)

**Бисексуальность** — тип сексуального поведения, при котором практикуются половые связи с партнерами как противоположного, так и своего пола.

**Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)** — вирус, вызывающий поражение клеток иммунной системы.

**ВИЧ-серопозитивные** — см. Серопозитивные.

**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 воспитуемых, на организацию их жизни и деятельности в целях формирования у них требуемых качеств и обеспечения успешного достижения заданных целей.

**Возрастной подход** — учет и использование закономерностей развития личности (физических, психологических, социальных), а также социально-психологических особенностей групп воспитуемых, 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 проявления ВИЧ/СПИДа** — см. Стадия вторичных заболеваний (проявлений).

**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** — выработанный личностью 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.

**Гетеросексуальность** (от греч. *heteros* — «другой» и лат. *sexus* — «пол») — естественное половое влечение к представителям противоположного пола.

**Гештальттерапия** — система методов и процедур психотерапевтического воздействия на человека, основанных на теории гештальтпсихологии. Главный принцип — безусловное принятие человеком себя, других людей и всего остального мира таким, какие они есть.

**Гомосексуальность** (от греч. *homos* — «равный») — сексуальное влечение к лицам собственного пола.

**Гомофобия** — внутренней гомофобией называются предрассудки и стереотипы о гомосексуальности, которые влияют на самих гомосексуальных людей. Гомофобия часто приводит к неприятию самого себя, самообвинениям и депрессии. Часто результатом становится рискованное сексуальное поведение.

**Группа взаимопомощи** — группа, создаваемая людьми, имеющими какую-либо общую проблему, с целью оказания взаимной помощи друг другу. Проводятся в той же форме, что и группы поддержки. Их главным отличием является то, что место ведущего занимает не специалист, а фасилитатор («поддерживающий») из числа членов группы, в функции которого входит следить за соблюдением правил группы. Среди групп для преодоления зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ выделяются «Анонимные Алкоголики», «Анонимные

Наркоманы» и «Ал-Анон» (для членов семей алкоголиков и наркоманов), которые входят в ряд «двенадцатишаговых групп», основанных на недоминирующем духовном подходе. Некоторые «Дома выздоровления» или «Дома на полпути», а также «Терапевтические общины для лиц с зависимостью от психоактивных веществ» можно рассматривать как «Группы самопомощи». Термин «Группа самопомощи» — более употребительный, но «Группа взаимопомощи» точнее отражает упор на взаимную помощь и поддержку.

**Группы поддержки** — группы, создаваемые с целью предоставления возможности людям с ВИЧ и их близким получить необходимую информацию, рассказать о насущных проблемах, а также поделиться личным опытом их решения. Особенность такого вида групповой работы заключается в том, что ответственность за организацию и проведение встреч возложена на специалиста, а не на участников группы. Такие группы особенно эффективны для людей, находящихся в кризисе.

**Группа риска наркотизации** — группа несовершеннолетних и молодежи, выделенная на основании определенного набора социально-демографических, личностных, психологических и сомато-физических признаков. Характеризуется 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; с проблемами в развитии и поведении, обусловленными нервно-психической неустойчивостью или сопутствующими психическими отклонениями; имеющие в своем окружении злоупотребляющих ПАВ.

**Гэмблинг** — зависимость от азартных игр.

**Девиянтное поведение** (от лат. *deviatio* — «отклонение») — поведение, противоречащее принятым в обществе нравственным нормам. Отклоняющееся (девиантное) поведение — устойчивое поведение личности, отличающееся 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 (асоциальное) поведение** — крайняя форма *девиантного поведения* (см.), когда человек переступает закон, совершая мелкие правонарушения и даже уголовно наказуемые деяния. Безнадзорность, отсутствие семейного контроля и внимания родителей — причина делинквентного поведения в подростковом возрасте. Многие из них — дети из неполных или из так называемых «деформированных» семей.

**Деловая игра** — метод имитации ситуаций, моделирующих профессиональную или иную деятельность с помощью 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 объема способностей учащихся, затруднений, испытываемых ими в учебе, отклонений в поведении.

**Диморфизм** — разница между полами.

**Дискриминация** — умаление (различие) кого-либо в правах, принижение роли, значения кого-либо.

**Дистресс** — тяжелый стресс с отрицательными для организма последствиями.

**ELISA** — см. ИФА.

**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* (см.). Характеризуется насильственным (компульсивным) типом влечения.

**Защита психологическая** — регулятивная система психической стабилизации личности, направленная на устранение (уменьшение) негативного эффекта, вызванного каким-либо психотравмирующим воздействием.

**Защитные факторы** — условия, способствующие сохранению и укреплению здоровья. (См. также *Факторы защиты*)

**Здоровье** — с точки зрения современной медицины состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических недостатков.

**Здоровый образ жизни** — способ жизнедеятельности, направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.

**Злоупотребление ПАВ** — неоднократное и неадекватное использование (употребление) психоактивного вещества, сопровождающееся вредными физическими или психологическими эффектами и наносящее ущерб физическому и психическому состоянию, правоспособности и социальному положению как потребителя ПАВ, так и людей, испытывающих воздействие данного человека (созависимых).

**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 формирование межличностных отношений участников группы, отчего снимается напряженность и страх перед другими людьми, повышается самооценка.

**Иммунитет** — состояние иммунной системы, обеспечивающее защиту организма от инфекционных и неинфекционных антигенов.

**Иммуноглобулины** — продукты иммунного ответа, направленные на взаимодействие с антигеном.

**Иммунодефициты** — болезни иммунной системы, обусловленные снижением функциональной активности ее компонентов.

**Иммунокомпетентные клетки** — клетки иммунной системы, способные развивать иммунную реакцию на антиген.

**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.

**Киллеры** — клетки-убийцы, лимфоциты, способные разрушать антигенсодержащие клетки-мишени.

**Клон** — популяция идентичных клеток, происходящих из одного предшественника.

**Когнитивный** — связанный с умственными процессами, например, когнитивная психология.

**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-механизмы** — определяют развитие различных вариантов поведения, приводящих к адаптации либо к дезадаптации индивида. В контексте трансакциональной когнитивной терапии понятие «копинг», или «преодоление стресса», рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и внутренними ресурсами организма, удовлетворяющими этим требованиям. Целенаправленная поведенческая установка на устранение или уменьшение интенсивности воздействия стрессора на личность является активным копинг-поведением.

**Копинг-поведение** — в зависимости от модели в той или иной степени целенаправленная поведенческая установка на устранение или уменьшение интенсивности воздействия стрессора на личность.

**Копинг-ресурсы** — характеризующие физическое и психическое здоровье и степень социализации личности физические (здоровье, выносливость и т. д.), психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль и т. д.) и социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки) условия реализации той или иной модели копинг-стратегии.

**Копинг-стратегии** — индивидуальные психологические стратегии преодоления стресса.

**Критерии Банги** — критерии, позволяющие установить наличие ВИЧ-инфекции при отсутствии серологической диагностики. Были разработаны ВОЗ в 1985 г.

**Ксенофобия** — ненависть, неприятие, нетерпение; враждебность ко всему чужому, не своему (образу жизни, идеям, мировоззрению). Противоположна толерантности.

**Лимфоцит** — клетка крови, из которой она рециркулирует в ткани в поисках чужеродных агентов.

**Лимфатические узлы** — второй после кожи и слизистых оболочек барьер на пути инфекции.

**Личность** — саморегулируемая динамическая функциональная система непрерывно взаимодействующих между собой свойств, отношений и действий, складывающихся в процессе онтогенеза человека.

**Макросоциальные защитные факторы** — препятствующие злоупотреблению ПАВ условия, характеризующие функционирование общества в целом.

**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.

**Мастурбация** (онанизм) — способ сексуального самоудовлетворения, смягчает или снимает физиологический дискомфорт, порождаемый биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения.

**Наркозависимость** — см. Злоупотребление психоактивными веществами.

**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** — психоактивные вещества, включенные в перечень наркотических средств и психотропных веществ.

**Наркоустойчивость** — см. Факторы защиты.

**Образовательные программы** — документы, определяющие содержание образования определенного 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 серьезные заболевания: герпетическая инфекция, различные грибки и др.

**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 и вызывающих болезненную зависимость.

**Первичные проявления ВИЧ-инфекции** — см. Стадия первичных проявлений.

**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.

**Петтинг** — взаимные сексуальные ласки, приводящие к сексуальному возбуждению и включающие в себя любые действия, кроме интросмиссии. Может быть поверхностным (объятия, поцелуи и ласки выше талии, через одежду) или глубоким (ласки обнаженного тела ниже пояса до орально-генитальных контактов). В эти ласки может входить взаимная мастурбация. Бывает гомосексуальным или гетеросексуальным, завершенным (до оргазма) или незавершенным.

**Позитивная профилактика** — профилактические программы, направленные не столько на ликвидацию или уменьшение факторов риска, сколько на формирование и усиление защитных факторов.

**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.

**Предрасположенность к ПАВ** — возможность проявления тяги к употреблению психоактивных веществ при наличии соответствующих благоприятных условий. Предрасположенность не означает сформированности мотива. Она определяется генетическими, биологическими и психопатологическими факторами. Наиболее глубоко эта проблема изучается специалистами медицинской сферы.

**Протективные факторы** — см. Факторы защиты.

**Психоактивные вещества (ПАВ)** — химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие к ним. Сюда относятся: наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

**Психологическая коррекция** — 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 являющаяся 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 для другого человека условия, в которых он переживает свои новые возможности в решении своих психологических задач. 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. Основная особенность такой группы — наличие определенной цели, к которой ведет профессиональный психотерапевт.

**ПЦР** — тест полимеразной цепной реакции, который определяет генетический материал самого вируса, поэтому он достаточно достоверен уже через 10 дней после возможного заражения.

**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 биопсиходуховного развития, а также тяжести наркологического заболевания. В практическом отношении это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива.

**Реабилитация** (в области употребления психоактивных веществ) — процесс, с помощью которого индивид с расстройством психики вследствие употребления ПАВ 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. Это предпосылка к социальной реинтеграции в более широкое сообщество.

**Реакция иммуноблоттинга** (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.

**Рецидив** — возврат заболевания (в том числе наркомании и токсикомании) или девиантного поведения после периода ремиссии, воздержания, отказа от проблемного поведения.

**Роль половая** — система предписаний мужского или женского поведения, которую личность должна усвоить и которой должна соответствовать. Формируется в процессе воспитания и социализации.

**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.

**Сексуальность** — совокупность элементов полоролевого поведения, которое присуще каждому здоровому человеку. Формы же его проявления зависят от социальных условий, воспитания, пола и возраста.

**Серопозитивные** (или ВИЧ-серопозитивные, от лат. *serum* — «сыворотка») — то же, что ВИЧ-инфицированные, т. е. те, у кого в сыворотке крови обнаружен ВИЧ (положительный ИФА тест-систем).

**Синдром** — сочетание признаков (симптомов) болезненного состояния, которые характерны для определенного заболевания или стадии заболевания. Например, синдром ангины состоит из следующих 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 психоактивного вещества и обычно включает сильное желание принять его; 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; повышенная толерантность; состояние отмены («ломки»), если потребление наркотического вещества прекратилось.

**Симптом** — какой-либо отдельный признак (проявление) заболевания. Например, симптом повышения температуры, симптом головной боли и т. д.

**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.

**Созависимость** — это болезненное состояние, характеризующееся сильной поглощенностью и озабоченностью проблемами родного или близкого человека, страдающего хроническим заболеванием. Оно затрагивает все стороны жизни со-зависимого человека и проявляется как в психологических трудностях, так и в нарушении взаимоотношений с окружающими, а также и в проблемах со здоровьем.

**Созависимый** — человек, который позволил поведению другого человека сильно воздействовать на него и который пытается контролировать поведение зависимого от ПАВ. Созависимые — 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 социально значимых болезней (06.12.2004 г.). Под это определение подпадают 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.

**Стадия вторичных заболеваний (проявлений)** — 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.

**Стадия первичных проявлений** — связана с первичным ответом организма на внедрение и размножение ВИЧ в виде клинических проявлений болезни и (или) выработки антител.

**Стигма (клеймо)** — в Древней Греции клеймо на теле раба или преступника.

**Сублимация** — психический процесс переключения энергии аффективных (или сексуального) влечений на цели социальной деятельности или творчества.

**Терапевтическая община** — структурированная среда, в которой лица с расстройствами, возникшими вследствие употребления психоактивных веществ, проживают с целью достижения реабилитации. Терапевтические общины харак-

теризуются намеренным объединением 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.

**Тимус** — центральный орган иммунной системы.

**Токсикомания** — заболевание, возникающее в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенными в официальный список наркотических средств.

**Толерантность (в медицине)** — снижение реакции на воздействие дозы психоактивного вещества, появляющееся при его длительном употреблении, при которой увеличение дозы алкоголя или других психоактивных веществ требуется для достижения эффекта, первоначально возникавшего после меньших доз.

**Толерантность (в социологии, социопсихологии)** — терпимое отношение к людям, по тем или иным признакам отличающимся от них самих. Противоположна ксенофобии.

**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.

**Факторы защиты (антириска)** — первичные: условия, препятствующие приобщению индивидуума к психоактивным веществам; вторичные: условия, препятствующие переходу употребления психоактивных веществ в систематические и формированию зависимости от употребляемого вещества.

**Факторы антириска** — см. *Факторы защиты*.

**Фасилитатор (поддерживающий)** — активист-руководитель группы взаимопомощи. В отличие от ведущих-специалистов групп поддержки, человек, психологически глубоко погруженный в проблемы, ради решения которых люди объединяются в группы взаимопомощи.

**Фрустрация** — психическое состояние, возникающее в результате неудовлетворения актуальной потребности и сопровождающееся отрицательными эмоциональными переживаниями: разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием и др.

**Эмотивный темперамент** — родственный аффективно-экзальтированному темпераменту.

**Эмотивная функция** — не только сообщение какого-либо факта действительности, но также и отношение к нему говорящего.

**Эстрогены** — женские половые гормоны.

Руководителям органов управления образованием, органов по делам молодежи субъектов Российской Федерации, руководителям образовательных учреждений, подведомственных Федеральному агентству по образованию

Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, руководителям территориальных управлений Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации

## **О КОНЦЕПЦИИ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

В целях повышения эффективности деятельности по профилактике ВИЧ/СПИД среди детей и молодежи 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 молодежи, 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.

Заместитель Министра образования  
и науки Российской Федерации  
А. Г. Свиначенко

Руководитель Федеральной  
службы по надзору в сфере  
защиты прав потребителей  
и благополучия человека  
Г. Г. Онищенко

**Московское Бюро ЮНЕСКО**  
**Министерство образования и науки РФ**  
**Министерство здравоохранения и социального развития РФ**  
**Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей**  
**и благополучия человека**  
**Московский государственный медико-стоматологический университет**

## **КОНЦЕПЦИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ**

*Разработка осуществлена при поддержке ЮНЕСКО*

### **Авторский коллектив:**

**Гериш А. А.**, к. м. н., консультант Департамента государственной молодежной политики, воспитания и социальной защиты детей Министерства образования и науки РФ;

**Голиусов А. Т.**, к. м. н., начальник отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

**Гуревич Г. К.**, д. м. н., зав. каф. ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни — залог успешного развития» Московского государственного медико-стоматологического университета;

**Мартынов Ю. В.**, д. м. н., профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета;

**Сирота Н. А.**, д. м. н., профессор, зав. каф. клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета Министерства здравоохранения и социального развития РФ

### **Под общей редакцией**

**Онищенко Г. Г.**, академика РАМН, д. м. н., профессора, руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

### **В разработке Концепции принимали участие:**

**Алексеева Е. Г.**, директор «Фокус-Медиа»;

**Алесина И. Л.**, директор проектов фонда «Центр социального развития и информации (PSI);

**Вителис С. В.**, начальник отдела Департамента государственной молодежной политики;

**Гришин М.**, специалист Немецкого общества технического развития;

**Дементьева Л. А.**, заместитель начальника отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

**Котельникова М. П.**, ведущий специалист Департамента государственной молодежной политики, воспитания и социальной защиты детей Министерства образования и науки РФ;

**Тростанецкая Г. Н.**, президент Ассоциации социальной помощи детям;

**Чечельницкая С. М.**, д. м. н., профессор, руководитель научно-методического центра «Диагностика. Адаптация. Развитие» им. Л. С. Выготского;

**Шпынов И. А.**, эксперт Министерства иностранных дел РФ;

**Ющук Н. Д.**, академик РАМН, д. м. н., профессор, ректор Московского государственного медико-стоматологического университета

## **СОДЕРЖАНИЕ**

- 1. Введение**
- 2. Обоснование целесообразности разработки и реализации Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде**
- 3. Нормативное правовое обеспечение разработки и реализации Концепции**
- 4. Цель и задачи Концепции**
- 5. Основные положения Концепции**
- 6. Базовые принципы организации превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде**
- 7. Основные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде**
- 8. Механизмы реализации Концепции**
- 9. Глоссарий**

## **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/СПИДА 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, имеющих 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 ООН 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. № 82-ФЗ «Об общественных объединениях»;

постановление Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2001 г. № 790 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002—2006 годы)»;

приказ Минздравмедпрома России от 16 августа 1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»;

приказ Минздрава СССР от 5 сентября 1988 г. № 690 «О совершенствовании учета лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИД»;

приказ Минздрава России от 7 августа 2000 г. № 312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД»;

приказ Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. № 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 ее 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 ответственность.

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 своего образного «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 разроз-

ненными 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 гендерные 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.

## **6. БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИД 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 об-

разовательной 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/СПИДА 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 ее 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.

**ПРОФИЛАКТИКА  
ВИЧ/СПИДА  
У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ  
СРЕДЕ**

Формат 60x84<sup>1/16</sup>  
Печ. л. – 16,0

Тираж 1000 экз.  
Заказ № 18355

---

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

**Для заметок**

**Для заметок**

**Для заметок**

**Для заметок**

**Для заметок**