

УДК 616.8-07: 616.98

## БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ И КОМПОНЕНТЫ ЭФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

<sup>1</sup>А.В.Шаболтас, <sup>2</sup>В.Ю.Рыбников, <sup>2</sup>Р.М.Грановская, <sup>3,4,5</sup>В.В.Рассохин

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ «Всероссийский центр экстренной ирадиационной медицины имени А.М.Никифорова» МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ, Россия

<sup>4</sup>ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург, Россия

<sup>5</sup>ФБУН «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера», Россия

© Коллектив авторов, 2018 г.

В аналитическом обзоре представлены базовые компоненты и принципы эффективных психологических технологий (программ) в области профилактики ВИЧ-инфекции. В основу превентивных программ различного вида и направленности для достижения наибольшего эффекта в изменении рискованного поведения, связанного с заражением и передачей ВИЧ-инфекции на индивидуальном и групповом уровнях, должны быть положены зарубежный и отечественный опыт психологии здоровья, основные положения экологического и поведенческих подходов к профилактике. Основные компоненты таких методологических подходов должны учитываться при оценке результатов собственных эмпирических исследований, а также при разработке психологических концепций превенции ВИЧ. Описаны основные мишени превентивных вмешательств, включая знания, установки, поведенческие навыки, а также компоненты системы социальной поддержки и принципы эффективных поведенческих программ, представлены основные психологические особенности, поведенческие навыки и установки специалистов, реализующих программы профилактического направления, основанные на понимании психологических аспектов ВИЧ-инфекции как процесса взаимодействия субъектов и объектов превентивного вмешательства. **Ключевые слова:** превенция, ВИЧ-инфекция, рискованное поведение, психология здоровья.

## BASIC PRINCIPLES AND COMPONENTS OF EFFECTIVE PSYCHOLOGICAL HIV PREVENTION TECHNOLOGIES

<sup>1</sup>A.V.Shaboltas, <sup>2</sup>V.Yu.Rybnikov, <sup>2</sup>R.M.Granovskaya, <sup>3,4,5</sup>V.V.Rassokhin

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State University, Russia

<sup>2</sup>FSBI «The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine», Saint-Petersburg, Russia

<sup>3</sup>FSBEI HE I.P.Pavlov SPbMU MON Russia, Saint Petersburg, Russia

<sup>4</sup>Institute of Experimental Medicine, Saint-Petersburg, Russia

<sup>5</sup>Saint-Petersburg Pasteur Institute, Russia

The paper presents the analytical review and author's considerations on the basic components and principles of the effective psychological technologies (programs) focused on HIV prevention. Using the international and local experience of health psychology practice, and the results of the empirical studies, and the psychological conception of HIV prevention incorporated the main positions of ecological and behavioral approaches the authors present the basic components which should be considered in developing and realization of different psychological prevention programs in order to reach the highest level of effectiveness in changing HIV risk behaviors on individual and group levels. The authors describe in details the main targets of prevention interventions including the level of knowledge, the attitudes and behavioral skills, social support components and the principles of the effective behavioral programs. Considering the psychological HIV prevention as the process of interaction between the subjects and objects for prevention intervention the authors present the main psychological characteristics, behavioral skills and attitudes which are important for the specialists involved in prevention activities in terms of their significant influence on successful behavior changes in target populations.

**Key words:** prevention, HIV infection, risk behavior, health psychology.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-1-92-102>

Психологические профилактические программы, разрабатываемые в русле современной психологии здоровья и направленные на изменение рискованных поведенческих практик, связанных с заражением и передачей ВИЧ-инфекции, строятся на универсальных принципах изменения поведения, которые доказали свою эффективность применительно к другим проблемам в сфере здоровья. Основными мишенями для поведенческих вмешательств становятся знания, установки и поведение, которые могут способствовать повышению защищенности индивида, а также формированию навыков и систем поддержки, которые бы способствовали устойчивому удержанию желаемых поведенческих изменений [1, 2].

Основные формы рискованных поведенческих практик, с точки зрения заражения ВИЧ,— совместное употребление инъекционных наркотиков и незащищенные сексуальные контакты — потенциально успешно поддаются контролю со стороны индивида [3, 4]. Набор основных поведенческих изменений, необходимых для элиминации риска заражения/передачи инфекции, четко определен (избегание незащищенных сексуальных контактов и использования нестерильного инъекционного оборудования). Однако в реальности кажущаяся простота предотвращения инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) оборачивается серьезными сложностями. Во-первых, по разным причинам сложно изменить поведение, несмотря на понимание цели изменения. Одной из таких причин является сильная связь с мотивами, определяющими поведение индивида при реализации сексуальных потребностей и употреблении психоактивных веществ. Было бы наивным полагать, что можно легко изменить сексуальное поведение как сложное сочетание поведенческих практик, детерминированных факторами разного уровня, начиная с биологического и физиологического и заканчивая эмоциональной и когнитивной сферами, включая межличностные отношения, чувства любви, привязанности и самоидентичности [5]. Точно так же рискованное совместное употребление инъекционных наркотиков в реальном контексте является не медицинской процедурой, а формой поведения, обусловленной комплексом факторов индивидуального, социального и иного характера, включая социально-экономические причины, а также факторы доверия, принятия, символизирующие принадлежность к определенной группе [6].

Вторым обстоятельством, обуславливающим сложность изменения поведения в отношении ВИЧ,

является культурный контекст, в котором реализуется превентивное вмешательство. Например, при описании гендерно-специфичных рисков заражения ВИЧ для женщин чаще всего делается акцент на том, как социальные роли в определенных культурах и общностях препятствуют активному здоровьесберегающему поведению женщины в интимных отношениях со своими партнерами [7]. Таким же негативным образом на рискованное поведение мужчин, имеющих сексуальные контакты с другими мужчинами (МСМ), может влиять стигматизация гомосексуальных отношений, под воздействием которой мужчины стремятся вступать только в анонимные контакты в рискованных обстоятельствах (условия ночных клубов и т. п.) [8].

Третьим серьезным обстоятельством, усложняющим превенцию заражения и распространения ВИЧ-инфекции, является низкий уровень обращения с запросами об оказании помощи в изменении поведения даже со стороны лиц с высоким уровнем риска. По сравнению с другими проблемами в области здоровья, например ожирением или курением, при которых обращение за помощью социально приемлемо и даже стимулируется рекламой различных государственных и коммерческих центров и программ, самостоятельное обращение за помощью или консультацией для изменения рискованного поведения в отношении ВИЧ является крайне редким случаем. В таких обстоятельствах превентивные программы необходимо активно внедрять в сообщества извне, для того чтобы они достигли наиболее уязвимых лиц при непосредственной работе в сообществах, так называемые аутрич-программы (англ. *outreach*) или через внедрение превентивных вмешательств в существующие медицинские, социальные и образовательные учреждения и работу других специалистов, имеющих возможность контактов с целевой группой.

Базовые принципы и компоненты успешного изменения поведения человека в отношении заражения и распространения ВИЧ основываются на исследовательских и практических данных успешных превентивных технологий применительно к другим поведенческим проблемам в сфере здоровья [9]. Перечень необходимых компонентов успешной программы, направленных на изменение рискованного поведения, должен включать:

- обучение;
- персонализацию угрозы;
- убеждения относительно успешности изменений;

- намерения реально действовать (готовность);
- здоровьесберегающие поведенческие навыки;
- навыки разрешения проблемных ситуаций;
- поддержка позитивных изменений.

#### **Образовательный компонент (обучение).**

Начальной основой для изменения поведения и превентивных усилий являются знания (информированность) о рискованных практиках и шагах, необходимых для снижения риска, то есть практическое понимание и знание о том, что влияет на риск заражения и что нужно делать, чтобы его избежать. Превентивные сообщения, содержащиеся в образовательном компоненте, могут быть очень простыми и директивными. Например: «Сексуальные контакты без предохранения связаны с высоким риском заражения ВИЧ, поэтому важно пользоваться презервативами во время секса». Такой подход в обучении является ясным и понятным. Однако люди могут быть более склонны к началу изменений в поведении, если они понимают базовую информацию, лежащую в основе возможного риска. В этой связи в рамках образовательного компонента важно представлять детальную информацию: о природе возникновения риска, включая знания о том, что ВИЧ содержится в жидкостях организма, а большинство ВИЧ-инфицированных выглядят как здоровые люди; о специфике и уровне риска отдельных сексуальных практик (иерархия сексуальных рисков); о вариантах снижения риска. Некоторые люди лучше воспринимают прямые директивные указания, другие лучше демонстрируют изменения, чувствуя себя экспертами в детерминации риска заражения ВИЧ и превентивных стратегиях.

Следует отметить, что образовательный компонент необходимо представлять в культурально адаптированном и приемлемом виде. Научные термины и наукообразный язык, принятый в профессиональном сообществе, в реальной превентивной программе может звучать чуждо и непонятно. Хотя для некоторых лиц чрезмерное увлечение специалистов сленгом при реализации превенции, в частности консультирования, может вызывать дискомфорт и отторжение. Главной целью образовательного компонента и первым фундаментальным шагом дальнейшего изменения поведения является донесение до объекта превенции корректной информации и получение обратной связи о правильном ее восприятии, включая информацию о видах рискованного поведения и причинах, обуславливающих высокий риск, а также о превентивных

поведенческих практиках, которые способствуют снижению риска.

**Осознание личной угрозы (персонализация угрозы).** Иррациональное убеждение в том, что «со мной ничего плохого случиться не может», в терминологии N.D.Weinstein «нереалистичное оптимистическое предубеждение», является широко распространенным барьером для начала позитивных поведенческих изменений у многих людей [10]. В исследованиях мужчин-гомосексуалов было выявлено, что большинство участников независимо от выраженности реального рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ оценивали собственный риск заражения как низкий [11]. Подобные неадекватные представления, касающиеся заражения ВИЧ, еще больше распространены среди лиц юношеского и молодого возраста с гетеросексуальной ориентацией, которые полагают, что у них низкий риск заражения ВИЧ в связи с тем, что они не принадлежат к традиционным группам риска — потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) и МСМ [12]. Очевидно, что для формирования мотивации изменения поведения в сторону снижения риска и его удержания необходимо, чтобы у индивида возникло осознание личного риска заражения, более-менее адекватного реальному рискованному поведению. При отсутствии восприятия личной угрозы мотивация к изменениям не формируется. Каждому индивиду необходимо соблюдать определенную осторожность, чтобы добиться оптимального уровня персонализации угрозы, поскольку как недооценка собственного риска, так и чрезмерный страх могут негативно сказываться на возможности активных изменений. При недооценке риска отсутствует мотивация, при переоценке может развиваться фаталистическое восприятие мира, отрицание или даже избегание темы превенции ВИЧ ввиду чрезмерной эмоциональной значимости данного вопроса.

**Убеждения относительно успешности (возможности) изменений.** Эффективные поведенческие изменения возможны, когда индивид не только осознает личный риск заражения ВИЧ, но и убежден в своих возможностях предпринять желаемые действия, а также в том, что конкретное изменение поведения приведет к элиминации или снижению риска [13]. A.Bandura, будучи автором социально-когнитивной теории, считал, что убеждения, связанные с «саморезультативностью», определяемой как способность индивида организовать и исполнить последовательность действий,

требуемых для достижения определенного результата, являются ключевой детерминантой изменения поведения (рис. 1).

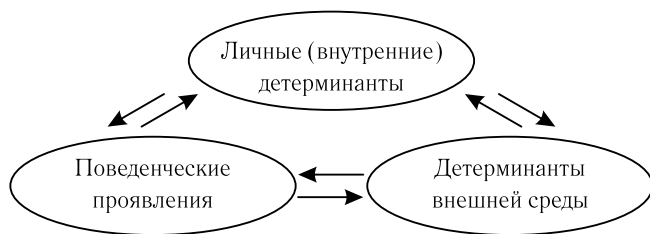


Рис. 1. Функциональная взаимосвязь между поведением, внутренними и внешними детерминантами (по А. Bandura)

Как показывают обширные данные эмпирических исследований, подобные убеждения и вера в свои силы являются значимыми предикторами успешности овладения здоровьесберегающими практиками и их применения в сфере сексуального поведения [9, 14, 15]. Превентивные технологии в качестве одной из задач должны включать оказание содействия и поддержки участникам программы, направленные на формирование уверенности в личных возможностях совершать действия, нацеленные на профилактику и снижение риска. Кроме развития собственных представлений о освоенной эффективности у объектов превенции, реализация этой задачи может осуществляться несколькими путями. Во-первых, за счет оказания поддержки поведенческих изменений со стороны социального окружения, включая специалистов, реализующих превентивное вмешательство, интимных партнеров, членов рискованной социальной сети (в случае употребления наркотиков), друзей и иных значимых других. Во-вторых, за счет создания в рамках превентивной программы реальной практики успешных поведенческих изменений. Обычно это достигается с помощью практических упражнений (ролевые игры, моделирование и т. п.), направленных на выполнение конкретного поведенческого акта, связанного с использованием профилактической меры, коммуникации с другими людьми по поводу снижения риска либо совладания с рискованными ситуациями. Самым действенным способом повышения уверенности является успешный опыт применения приобретенных превентивных навыков в реальной жизни. Достижение реального успеха во многом зависит от того, насколько реалистичной была поставленная цель поведенческих изменений с точки зрения возможностей конкретного индивида, поведения других людей и конкретных обстоятельств, в которых

разворачивается ситуация потенциального риска. Подготовка к реальным жизненным обстоятельствам и обратная связь по поводу опыта использования желаемых поведенческих изменений между субъектом и объектом превенции в идеале должны являться частью психологической превенции ВИЧ/СПИДа.

**Готовность к реальным действиям.** Начало поведенческих изменений сопряжено с включением волевого компонента, то есть формированием выраженного намерения или готовности к реальным действиям, направленным на предотвращение риска. В рамках разработки теории обоснованных действий ее авторы М. Fishbein и I. Ajzen обнаружили, что успешность поведенческих изменений в сфере здоровья, например отказ от курения, можно прогнозировать на основе выяснения субъективного мнения индивида о вероятности совершения им желаемых действий [16]. Поведенческие намерения в данном контексте понимаются как установки, которые детерминируются уровнем приверженности к изменениям и субъективной оценкой вероятности достижения успеха (рис. 2).

Применительно к психологическим вмешательствам данные представления подчеркивают важность активного вовлечения объектов превенции в постановку личных целей, необходимость оказания содействия в осознании прямых выгод поведенческих изменений, повышении уверенности в достижении желаемого и побуждении индивидов к приверженности и готовности к действиям, направленным на превенцию ВИЧ-инфекции [17].

**Поведенческие навыки заботы о здоровье и снижения риска.** С точки зрения поведенческого подхода для успешного изменения поведения, кроме формирования когнитивных предпосылок (знания, осознание, установки, убеждения), необходимо наличие измененных или новых поведенческих навыков или последствий вмешательства. В контексте психологической превенции ВИЧ-инфекции поведенческие навыки можно разделить на: технические, межличностные и регуляционные.

К ВИЧ-превентивным рекомендациям, которые наиболее часто предлагаются сексуально активным индивидам, относится регулярное использование презерватива во время половых контактов. Использование презерватива при кажущейся простоте является достаточно сложным сочетанием поведенческих навыков, имеющих как технический, так и межличностный и регуляционный характер. Лица, ранее не имевшие опыта исполь-

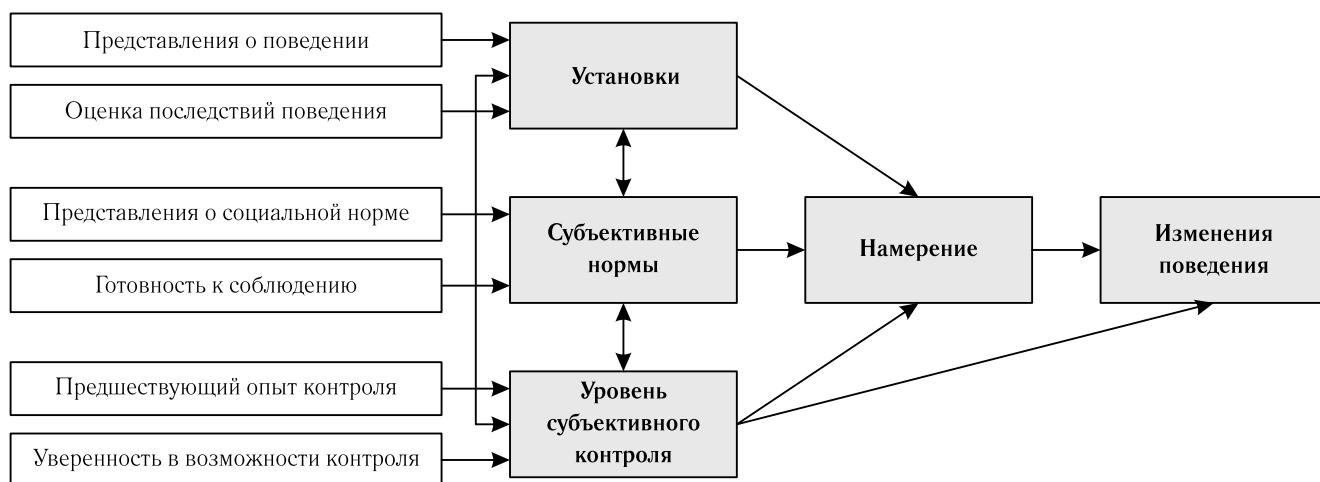


Рис. 2. Функциональные компоненты теории обоснованных действий (по М. Fishbein и I. Ajzen)

зования презерватива, могут испытывать серьезные сложности в ходе реальной практики, которые негативным образом могут повлиять на поведенческую эффективность или даже явиться барьером для дальнейшего использования данной превентивной технологии. Поскольку данные действия происходят во время сексуального возбуждения и должны выполняться с учетом сохранения эмоциональной спонтанности, реальная эффективная реализация превентивного поведения гораздо сложнее простого указания со стороны специалиста «всегда использовать презерватив». Таким же образом для ПИН, употребляющего наркотики с другими людьми, важным является предоставление возможностей для отработки навыков и повышения поведенческой компетентности применительно к конкретным ситуациям риска. Пока у индивида не выработались четкие и устойчивые технические навыки, необходимые для внедрения поведенческих изменений, маловероятно, что он будет успешен в превентивном поведении в реальных жизненных условиях.

Рискованные поведенческие практики, связанные с заражением и передачей ВИЧ-инфекции, по своей сути являются межличностными, то есть происходящими в контексте взаимодействия как минимум двух лиц (например, половые партнеры или партнеры по употреблению наркотика), которые обоюдно согласились реализовать поведенческий акт, представляющий угрозу заражения для одного из них или обоих. Межличностный характер данного вида рискованного поведения усложняет реализацию превентивных усилий, а также предполагает, что риска можно избежать, если индивид способен успешно справляться с вовлечением в ситуацию риска или вести переговоры о соблю-

дении превентивных мер. Таким образом, роль навыков эффективной социальной коммуникации в недопущении или изменении рискованного развития событий огромна.

Среди социальных навыков особое значение в контексте превенции ВИЧ имеют:

1) формирование взаимного понимания и приверженности превентивному поведению (например, взаимные решения о регулярном использовании презервативов или отсрочке сексуальных контактов);

2) навыки уверенного противостояния давлению или принуждению со стороны другого человека (например, отказ от совместного употребления наркотика или отказ от рискованного вида сексуальных контактов).

Развитие и реализация превентивных социальных навыков для многих людей является непростой задачей в силу их личностных особенностей, предыдущего опыта и конкретной ситуации. Например, в России открытые коммуникации между партнерами, касающиеся сексуальной жизни, зачастую вызывают сильный дискомфорт или страх по поводу возможных негативных реакций со стороны противоположной стороны в ответ на настойчивое предложение придерживаться защищенного поведения. Партнер по интимным отношениям или употреблению наркотиков может сопротивляться превентивному поведению, а здоровьесберегающие практики, необходимые для снижения риска заражения, могут быть неизвестными и неудобными для обоих, что приводит к быстрому отказу от их использования. Отработка устойчивых навыков уверенного поведения для использования в реальных жизненных ситуациях требует достаточного времени и планомерной работы.

Эффективная превенция ВИЧ-инфекции с психологической точки зрения также требует выработки навыков саморегуляции. Рискованное поведение в отношении ВИЧ всегда происходит не только в контексте межличностных отношений, но и в контексте иных поведенческих паттернов партнеров, а также их настроений, состояний, чувств и конкретных ситуаций. В этой связи всегда необходимо рассматривать сексуальное поведение или употребление наркотиков через призму конкретных обстоятельств жизни индивида. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что люди чаще рискуют, находясь в состояниях интоксикации после употребления алкоголя или наркотиков [11, 18, 19]. Аналогичные данные получены о значимой связи чувства одиночества и желаний построить близкие отношения с повышенной уязвимостью к побуждениям вступить в рискованные связи [20, 21]. С учетом этого превентивные вмешательства должны носить многонаправленный характер и, кроме формирования навыков здоровьесберегающего поведения, должны учитывать факторы, детерминирующие риск, — паттерны злоупотребления алкоголем, связь употребления наркотиков и секса, совладание с тяжелыми эмоциональными состояниями и чувствами. Базовые универсальные навыки саморегуляции могут являться значительным подспорьем для снижения поведенческих рисков и должны включаться в превентивные программы. В рамках нашего практического опыта консультирования по вопросам профилактики ВИЧ в качестве частой причины пренебрежения мерами безопасности во время сексуальных контактов люди называли отсутствие презерватива «под рукой». В этой связи эффективным навыком саморегуляции будет планирование возможных ситуаций риска и обеспечение легкого доступа к средствам. Аналогичные навыки необходимы ПИН, которым для реализации превентивного поведения требуется доступ к стерильному инъекционному оборудованию и средствам промывания шприцев).

**Когнитивные навыки совладания с проблемными ситуациями.** Успешное внедрение и поддержание поведенческих изменений в реальности во многом зависит от успешного совладания со сложными ситуациями обыденной жизни. Для этого в рамках превентивных программ необходима идентификация возможных барьеров для реализации превентивного поведения и планирование способов противостояния. Разрешение проблемных

ситуаций — это интерактивный процесс, в рамках которого субъекты и объекты превенции выявляют запускающие механизмы (англ. *triggers*) рискованного поведения в конкретных ситуациях, обсуждают, вырабатывают и планируют стратегии активного преодоления возможных сложностей. Перечень подобных стратегий, которые требуют активного принятия решений, может включать: обеспечение легкого доступа к превентивным мерам; планирование разговоров со своим партнером о превентивном поведении во время сексуальных контактов и употреблении наркотиков; планирование коммуникации в случаях противодействия партнера или давления с его стороны. Превентивная работа может включать обсуждение выгод и возможных рисков, возникающих в конкретных отношениях с другими людьми, и принятие осознанного решения о попытках снижения риска или отказа от подобных отношений.

Таким образом, эффективное превентивное вмешательство требует тщательной оценки и ситуационных межличностных и культуральных факторов, в которых разворачивается рискованное поведение индивида и которые необходимо учитывать или корректировать для успешного изменения поведения.

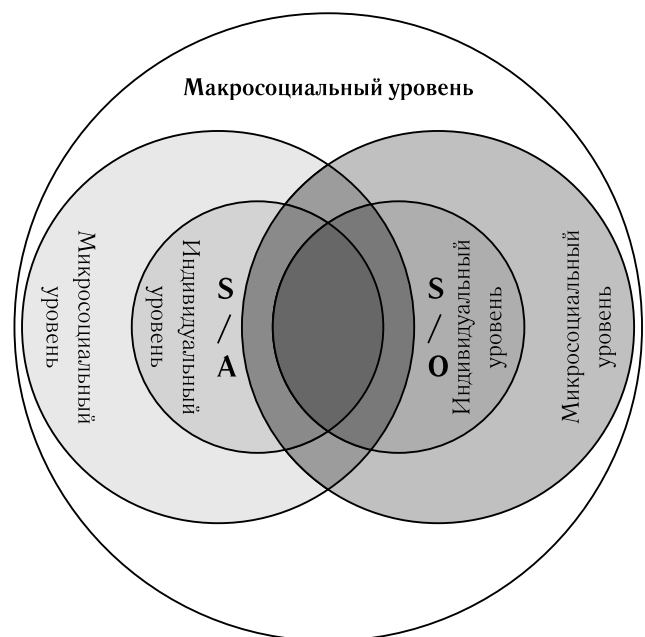
**Поддержка поведенческих изменений.** Фундаментальным механизмом, который провозглашается в рамках поведенческого подхода к изменению поведения человека, является наличие подкрепления (положительной обратной связи). Применительно к превенции ВИЧ-инфекции это означает, что здоровьесберегающие практики (использование презервативов, снижение риска во время употребления наркотиков и т. д.), которые были приобретены человеком в ходе участия в превентивной программе, будут реализовываться в течение дальнейшей жизни только в случае наличия положительных последствий для индивида. Трудность превенции ВИЧ заключается в том, что превентивное поведение по существу не ведет к прямым сиюминутным выгодам. В частности, многие люди заявляют, что использование презервативов снижает удовольствие от сексуальных контактов, нарушает естественный спонтанный процесс сближения и т. п. [22, 23]. Промывание шприцев или поиск стерильного оборудования создают временные и организационные сложности для ПИН. Разговоры с партнерами о практиках защищенного поведения часто приводят к напряжению в отношениях, ссорам или противодействию, то есть

новые модели поведения могут либо не поддерживаться окружающими людьми, либо даже осуждаться. Для решения подобных сложных задач в других областях проблематики здоровья, в частности касающихся злоупотребления психоактивными веществами, наработаны определенные эффективные стратегии поддержки поведенческих изменений, которые будут полезны и применительно к профилактике ВИЧ-инфекции. Так, для поддержки желаемого поведения можно использовать показавшие свою эффективность когнитивные техники, направленные на осознание и модификацию внутренних барьеров для нового опыта, техники саморегуляции и самоподдержки. Полезными являются упражнения на идентификацию и усиление личных выгод от здоровьесберегающих практик. Например, осознание личной выгоды от отказа вступить в рискованные сексуальные отношения с человеком, который возражает против превентивных мер, поскольку подобные отношения могут быть сопряжены с чувствами потери, отвержения и разочарования. Большое значение в долгосрочной перспективе имеет оказание поддержки индивиду в выработке индивидуального стиля и способов поддержки своих личных изменений, а также возможных альтернатив рискованным поведенческим практикам. Выраженный поддерживающий эффект для превентивных поведенческих изменений также имеет в виду изменение представлений и поведения членов ближайшего социального окружения.

**Характеристики и установки агентов превентивных вмешательств.** Превенцию ВИЧ-инфекции, с нашей точки зрения, следует рассматривать как процесс взаимодействия субъектов и объектов превентивного вмешательства с целью изменения рискованного поведения и формирования здоровьесберегающих практик (рис. 3).

Психологические особенности, поведенческие навыки и установки агентов профилактики, то есть специалистов (консультантов, ведущих групп и т. д.), реализующих профилактические мероприятия, имеют огромное значение для успешных поведенческих изменений лиц, с которыми проводится профилактическая работа. Исследования, проведенные в области психотерапевтической практики, свидетельствуют, что на успешность психотерапии не в меньшей, а возможно, и в большей степени, чем психотерапевтический подход, оказывают влияние такие характеристики психотерапевтов, как чувствительность, эмпатия, коммуникабельность,

искренность и внимание к проблемам клиента [24]. Клиническая практика показывает, что при равных условиях некоторые специалисты лучше, чем другие, достигают положительных результатов с клиентами в целом, при этом есть психотерапевты, которые достигают лучших результатов с некоторыми типами клиентов [25]. Сами клиенты психотерапевтического лечения часто приписывают положительные результаты терапии личным качествам своих терапевтов. Например, в работах Н.Н.Strupp, R.E.Fox и K.Lessler было выявлено, что пациенты, которые считают, что их лечение было успешным, описывали своих терапевтов как теплых, внимательных, заинтересованных, понимающих и относящихся к ним с уважением [26, 27]. D.E.Orlinsky, K.Grawe и B.K.Parks в рамках метаанализа более 2000 исследований эффективности психотерапевтических вмешательств, проведенных с 1950 по 1994 год, выделили несколько характеристик, описывающих терапевтов и положительно сказывающихся на результатах терапевтического взаимодействия: искренность, навыки эмпатического слушания, уважение к пациенту, а также спо-



**Рис. 3.** Процесс субъект-субъектного взаимодействия в рамках психологической превенции ВИЧ-инфекции

собность сконцентрировать свое внимание на клиенте и умение направлять его внимание на аффективно значимый опыт [28]. Эти качества перекликаются с тремя базовыми принципами и условиями клиент-центрированного подхода — конгруэнтностью, эмпатией и безусловным принятием

клиента как человека, который способен самостоятельно строить свою жизнь [29]. Большое значение для успешности психотерапии имеет также способность терапевта гибко подстраиваться под конкретного клиента, его нужды и актуальную жизненную ситуацию.

Несмотря на то, что психологические вмешательства, строго говоря, не являются психотерапией, наличие альянса между субъектом и объектом вмешательства и формат взаимодействия позволяют предполагать, что психологические характеристики специалиста играют большую роль в успешности поведенческих изменений. Основное внимание следует уделять следующим характеристикам:

1) *Искреннее внимание и забота.* Существует определенная вероятность возникновения социальной привязанности к специалисту, выражающему искреннее внимание и заботу, со стороны участника превентивной программы. Практика показывает, что лица, страдающие от стигматизации и дискриминации, очень чувствительны к их невербальным и вербальным проявлениям у специалистов. Мужчины-гомосексуалы крайне чувствительны к гомофобным настроениям. Потребители инъекционных наркотиков чувствуют, когда консультант или социальный работник дистанцируется от них из-за неприятия их на личностном уровне. Дети и подростки незамедлительно обесценивают рекомендации взрослых специалистов, если чувствуют снисхождение и неприятие серьезности их «детских» проблем. С целью возможного преодоления подобных барьеров для участия в превентивных вмешательствах в качестве специалистов привлекают лиц, близких участникам по возрасту, принадлежности к социальной группе или имеющих предыдущий опыт, схожий с опытом участников. Считается, что такой подбор персонала позволяет повысить доверие и взаимопонимание с участниками программ. Наш опыт показывает, что ведущее значение имеет не схожий опыт и характеристики специалистов и участников, а искреннее принятие, уважение, поддержка и вера в возможности позитивных изменений. Единственным исключением являются женщины, которым легче взаимодействовать и обсуждать вопросы сексуальной жизни с консультантами того же пола.

2) *Способность свободно обсуждать вопросы сексуальности и употребления наркотиков.* Незначительное количество людей, включая профессионалов в области превенции ВИЧ-инфекции, способно без подготовки чувствовать

себя комфортно при обсуждении сексуальных практик и сексуальности. Многие из нас выросли в среде, запрещающей открытое обсуждение подробностей интимных отношений и сексуального поведения. Требуется время и достаточный опыт работы, чтобы консультант смог комфортно разговаривать на подобные темы и расспрашивать о подробностях участника превентивного вмешательства, помогая ему разобраться в своих сложностях и выработать протективные модели поведения. Обучение ведению интервью по вопросам сексуальности и сексуального поведения является необходимой частью подготовки специалиста в области профилактики ВИЧ-инфекции. Данная подготовка должна включать обучение разговорным выражениям и сленгу, связанному с тематикой наркотиков и секса, десенсибилизацию реагирования на ненормативную лексику, которая в России имеет широкое распространение и преимущественно связана с темой сексуальности и сексуального поведения, а также знакомство с разнообразными сексуальными практиками и спецификой употребления наркотиков, то есть тем опытом, которым консультант в своей личной жизни может не обладать. Несмотря на специальную подготовку и опыт работы, у разных консультантов наблюдается разный уровень комфорта при обсуждении чувствительных тем. Наиболее успешные консультанты способны свободно и открыто говорить о сексе с клиентами, не испытывая дискомфорта и не выражая каких-либо оценочных суждений.

3) *Способность к формированию помогающего альянса.* Процесс оказания помощи людям, меняющим свое поведение, проходит наилучшим образом в случае формирования альянса между специалистом и клиентом, который характеризуется высокой заинтересованностью специалиста в обстоятельствах жизни клиента и взаимным вкладом в достижение желаемых целей. Успешные консультанты в области превенции ВИЧ активно заявляют, что придерживаются интересов и стороны клиента, искренне желают успеха в изменении поведения и активно взаимодействуют с клиентом с целью достижения поставленных целей. Подобный стиль общения требует от специалиста высокого уровня включенности и значительно отличается от простого представления образовательных материалов или презентаций, а также формального перечисления превентивных поведенческих практик. Клиенты реагируют на превентивное вмешательство с большим энтузиазмом и готовностью



к изменениям, если чувствуют к себе интерес и определенную близость со специалистом.

4) *Навыки подкрепления и поддержки.* Ключевым компонентом любой интервенции, направленной на изменение поведения, является подкрепление, которое достигается посредством выражения положительного оценивания (похвалы), признания, одобрения и поддержки любым попыткам клиента, направленным на желаемые изменения. Раскрытие другим людям своего рискованного поведения, связанного с сексуальными отношениями или употреблением наркотиков, является информацией, к которой многие люди отнесутся крайне негативно. По сути, эти утверждения открыто заявляют о том, что человек ведет себя уязвимо с точки зрения заражения ВИЧ. Специалисту важно не только не осуждать человека в ходе раскрытия рискованного поведения, но и выражать последовательно и активно одобрение и поддержку любым даже очень незначительным действиям, направленным на позитивные изменения. Консультант несет ответственность за то, чтобы атмосфера взаимодействия была стимулирующей и оптимистичной. При обсуждении сложностей важно не фиксироваться на неудачах, которые сопровождают нормальный процесс изменений, а акцентировать внимание на конструктивном опыте и поддержке.

5) *Навыки активного слушания.* В превентивной работе важно применять весь спектр приемов активного слушания, которые способствуют формированию доверительных и безоценочных отношений как основы эффективного взаимодействия специалиста и клиента. На начальных этапах общения людям бывает сложно раскрыться и искренне говорить о своих проблемах, особенно о рискованных поведенческих практиках, которые сильно стигматизированы и осуждаются в обществе. Активное слушание позволяет не только создать атмосферу доверия, но и помочь специалисту и клиенту детально разобраться во всей системе детерминации индивидуальных рисков заражения ВИЧ, включая индивидуальные, межличностные и средовые факторы.

**Заключение.** Практика успешных программ в области профилактики ВИЧ-инфекции в других странах и результаты собственных эмпирических исследований эффективности индивидуальных и групповых превентивных технологий в г. Санкт-Петербурге позволили нам сформулировать основные принципы психологической превенции, которые необходимо соблюдать специалистам и организаторам здравоохранения:

- адресность — превентивные мероприятия должны планироваться и быть нацеленными на четко определенные группы людей (уличные подростки, потребители наркотиков, школьники и т. д.), а профилактическая работа с ними должна быть сформирована с учетом их потребностей и нужд;

- активное вовлечение целевой аудитории в превентивную работу, что предполагает привлечение к планированию и осуществлению профилактических мероприятий;

- междисциплинарность — разработка и внедрение превентивных программ должны строиться с учетом достижений разных наук и вовлечением специалистов разных профессий: специалистов по социальной работе, психологов, педагогов, медиков;

- долгосрочность и непрерывность — разработка и осуществление длительных профилактических программ или постоянное повторение и чередование кратковременных профилактических мероприятий; разовые акции не обеспечивают создания необходимой превентивной среды;

- комплексность — использование профилактических мероприятий, включающих разнообразные компоненты и виды профилактики, направленные на различные уровни вмешательства;

- научная обоснованность — постоянная оценка распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска, приводящих к инфицированию в конкретном регионе, а также применение апробированных и основанных на данных клинических исследований программ профилактики.

\* \* \*

*Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований в рамках научного проекта № 17-54-30014.*

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4-th ed. Eds. K.Glanz, B.K.Rimer, K.Viswanath. *San Francisco: Jossey-Bass, 2008, 592 p.*

2. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб.: Скифия-принт, 2015. 692 с. [Shaboltas A.V. Psychological bases of prevention of HIV infection. *Saint-Petersburg: Scythia-print, 2015, 692 p. (In Russ.)*].
3. Беляков Н.А., Виноградова Т.Н. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. Т. 3, № 4. С. 7–20. [Belyakov N.A., Vinogradova T.N. Sexual transmission of HIV in the development of the epidemic. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders, 2011, Vol. 3, No. 4, pp. 7–20 (In Russ.)*].
4. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство / Под ред. В.В. Покровского. М.: GEOTAR Медиа, 2013. 608 с. [HIV infection and AIDS. National guideline. Ed. V.V.Pokrovskiy. *Moscow: GEOTAR Media, 2013, 608 p. (In Russ.)*].
5. Kalichman S. Preventing AIDS: a sourcebook for Behavioral Interventions. *New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1998, 240 p.*
6. Des Jarlais D.C., Perlis T., Arasteh K., Hagan H., Milliken J., Braine N., Yancovitz S., Mildvan D., Perlman D.C., Maslow C., Friedman S.R. «Informed altruism» and «partner restriction» in the reduction of HIV infection in injecting drug users entering detoxification treatment in New York City, 1990–2001. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr., 2004, Vol. 35, pp. 158–166.*
7. Бородкина О.И. Социальные аспекты эпидемии и профилактики ВИЧ/СПИДА. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2007. 162 с. [Borodkina O.I. Social aspects of the epidemic and prevention of HIV/AIDS. *Saint-Petersburg: Publishing house of Saint-Petersburg state University, 2007, 162 p. (In Russ.)*].
8. Amirhanian Y.A. HIV risk behaviour patterns, predictors, and sexually transmitted disease prevalence in the social networks of young men who have sex with men in St Petersburg, Russia. *Int. J. STD AIDS, 2006, Vol. 17 (1), pp. 50–56.*
9. Kelly J. Changing HIV Risk behavior: practical strategies. *New York; London: The Guilford Press, 1995, 159 p.*
10. Weinstein N.D. Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health psychology, 1984, Vol. 2, pp. 11–20.*
11. McCusker J., Stoddard A.M., Zapka J.G., Zorn M., Mayer K.H. Predictors of AIDS preventive behavior among homosexually-active men. A longitudinal analysis. *AIDS, 1989, Vol. 3, pp. 443–448.*
12. Pringle K., Merchant R.C., Clark M.A. Is self-perceived HIV risk congruent with reported HIV risk among traditionally lower HIV risk and prevalence adult emergency department patients? Implications for HIV testing. *AIDS Patient Care STDS, 2013, Vol. 27 (10), pp. 573–584.*
13. Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. Preventing AIDS: Theories, methods and behavioral interventions. Eds. R.DiClemente, J.Peterson. *New York: Plenum, 1994, pp. 25–60.*
14. McKusick L., Horstman W., Coates T.J. AIDS and sexual behavior reported by gay men in San Francisco. *Am. J. Public Health, 1985, Vol. 75 (5), pp. 493–496.*
15. Tung W.C., Cook D.M., Lu M. Sexual behavior, stages of condom use, and self-efficacy among college students in Taiwan. *AIDS Care, 2011, Vol. 23 (1), pp. 113–120.*
16. Fishbein M., Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research — Reading. MA: Addison Wesley, 1975. URL:<http://www.people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html> (November 18, 2017).
17. Fishbein M., Middlestadt S., Hitchcock P. Using information to change sexually-transmitted disease-related behaviors: An analysis based on theory of reasoned action. Preventing AIDS: Theories, methods and behavioral interventions. Eds. R.DiClemente, J.Peterson. *New York: Plenum, 1994, pp. 61–77.*
18. Hingson R., Heeren T., Winter M.R., Wechsler H. Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking. *Pediatrics, 2003, Vol. 111, pp. 34–41.*
19. Lavikainen H.M., Lintonen T., Kosunen E. Sexual behavior and drinking style among teenagers: a population-based study in Finland. *Health Promot. Int., 2009, Vol. 24, pp. 108–119.*
20. Samuel M.C., Hessel N., Shiboski S., Engel R.R., Speed T.P., Winkelstein W. Jr. Factors associated with human immunodeficiency virus seroconversion in homosexual men in three San Francisco cohort studies, 1984–1989. *AIDS, 1993, Vol. 6, pp. 303–312.*
21. Muñoz-Laboy M., Hirsch J.S., Quispe-Lazaro A. Loneliness as a sexual risk factor for male Mexican migrant workers. *Am. J. Public Health, 2009, Vol. 99 (5), pp. 802–810.*
22. Sun X., Liu X., Shi Y., Wang Y., Wang P., Chang C. Determinants of risky sexual behavior and condom use among college students in China. *AIDS Care, 2013, Vol. 25 (6), pp. 775–783.*
23. Prati G., Mazzoni D., Zani B. Perceived behavioural control, subjective norms, attitudes and intention to use condom: A longitudinal cross-lagged design. *Psychol. Health, 2014, Vol. 29 (10), pp. 1119–1136.*
24. Колотилъщикова Е.А. Психотерапия невротических расстройств: психологические факторы и механизмы // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 146–170. [Kolotilshchikova E.A. Psychotherapy of neurotic disorders: psychological factors and mechanisms. *Journal of Psychiatry and Psychology Chuvash Republic, 2015, Vol. 11, No. 2, pp. 146–170 (In Russ.)*].
25. Okiishi J.C., Lambert M.J., Eggett D., Nielsen L., Dayton D.D., Vermeersch D.A. An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *J. Clin. Psychol., 2006, Vol. 62 (9), pp. 1157–1172.*
26. Strupp H.H. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy and the problem of control. *Arch. Gen. Psychiatry, 1970, Vol. 23 (5), pp. 393–401.*

27. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. Ed. by J.C.Norcross. *New York: Oxford University Press, 2002, 464 p.*
28. Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K. Process and outcome in psychotherapy — noch einmal. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4-th ed. Eds. A.Bergin, S. Garfield. *New York: Wiley, 1994, pp. 270–378.*
29. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: теория, современная практика и применение. М.: Психотерапия, 2007. 560 с. [Rogers C. Client-centered psychotherapy: theory, current practice and application. *Moscow: Psychotherapy, 2007, 560 p. (In Russ.)*].

Статья поступила 04.02.2018 г.

Контактная информация: Шаболтас Алла Вадимовна, e-mail: a.shaboltas@spbu.ru

**Коллектив авторов:**

*Шаболтас Алла Вадимовна* — к.п.н., доцент, зав. кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9, (812) 324-25-74, e-mail: a.shaboltas@spbu.ru;

*Рыбников Виктор Юрьевич* — заслуженный деятель науки РФ, д.п.н., д.м.н., профессор, зам. директора по научной и учебной работе ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М.Никифорова» МЧС России, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 4/2, (812) 702-63-43, e-mail: gviki@ina@mail.ru;

*Грановская Рада Михайловна* — д.п.н., профессор, ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М.Никифорова» МЧС России, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 4/2, (812) 944-07-76, e-mail: rada-gran@yandex.ru;

*Рассохин Вадим Владимирович* — д.м.н., профессор кафедры социально-значимых инфекций ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ; зав. лабораторией хронических вирусных инфекций отдела экологической физиологии ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины»; в.н.с. ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, 14, e-mail: ras-doc@mail.ru.

*Уважаемые читатели журнала*

**«ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии»**

Сообщаем, что открыта подписка на 2018 год.

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС:**

каталог НТИ ОАО Агентство «Роспечать»

в разделе: Здравоохранение. Медицина. — **57990**

Подписная цена на 1-е полугодие 2018 года (2 выпуска) — **950 руб.**