

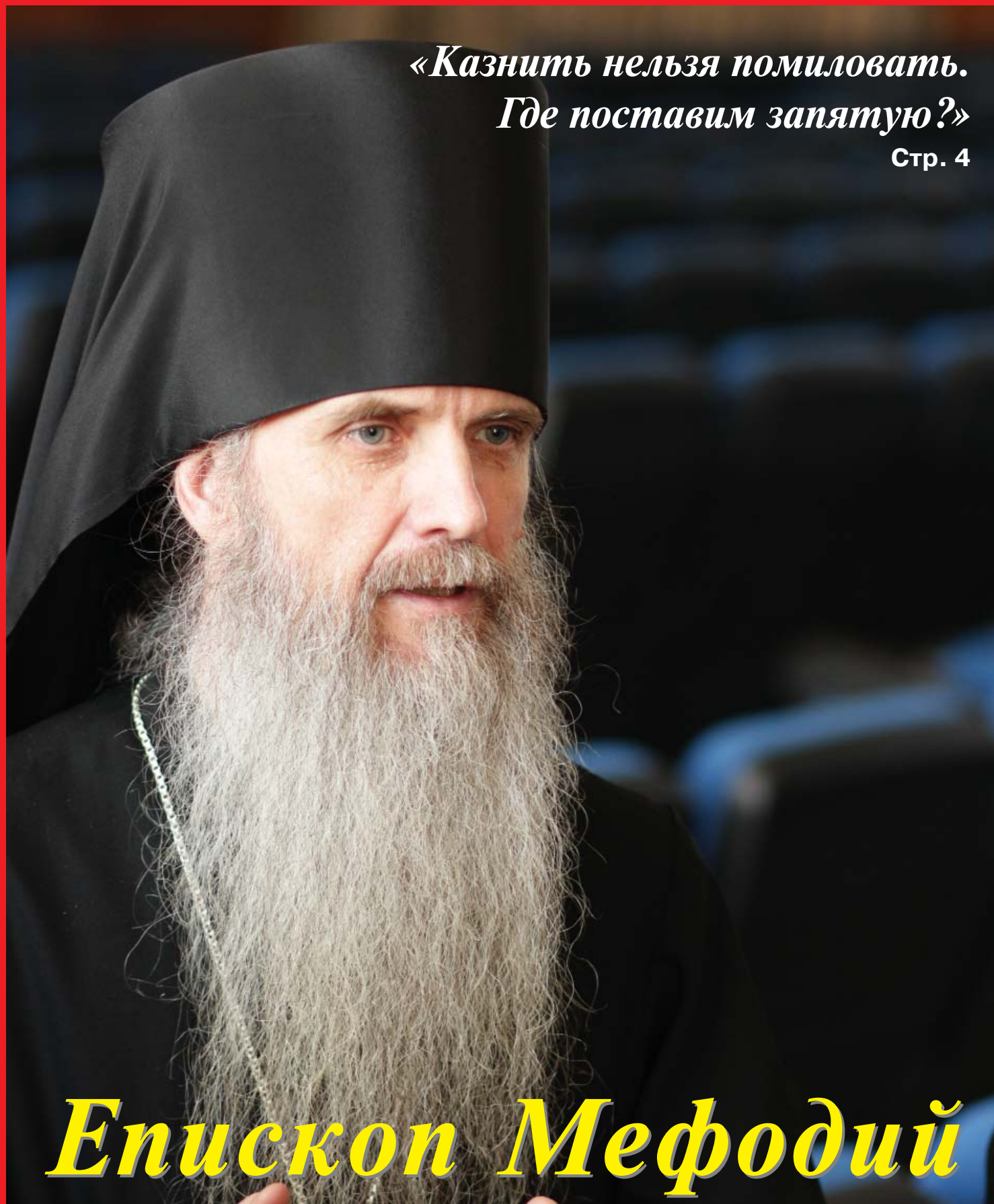
# ШАГИ

№ 3/2014

*профессионал*

*«Казнить нельзя помиловать.  
Где поставим запятую?»*

Стр. 4



*Епископ Мефодий*



### СОДЕРЖАНИЕ

<i>Помнить умерших ради живущих. Международный день памяти умерших от СПИДа</i> .....	2
<b>Лица</b>	
Епископ Мефодий: «Казнить нельзя помиловать. Где поставим запятую?» .....	4
<b>Обрети веру в жизнь</b>	
Чем может помочь церковь или долгая дорога домой <i>Р.И. Прищенко</i> .....	15
<b>Конференции</b>	
Четвертая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕЕСААС 2014) .....	28
<b>Рекомендации</b>	
Профилактика заражения ВИЧ (Методические рекомендации) .....	44
<b>Исследования</b>	
ДНК-метилтрансфераза 3а способна ингибировать вирус гепатита В посредством метилирования Х-промотора, специфичность которого обеспечивают цинковые пальцы <i>Л. Ксиронг, Л. Руи, Й. Ксяоли, Х. Киуян, Т. Бикуи, З. Сибо, З. Наишуо</i> .....	58
<b>Хроника</b>	
Межведомственное совещание и круглый стол «Актуальные вопросы организации оказания наркологической и профилактической помощи больным социально-значимыми заболеваниями на территории РФ» .....	72
<b>Дети и ВИЧ</b>	
Социально-психологическая работа с ВИЧ-позитивными детьми и их семьями: процесс раскрытия ВИЧ-статуса ребенку (Методическое пособие) .....	81
<b>Вести отовсюду</b> .....	57, 71

«ШАГИ профессионал» № 3 (51) 2014 г.  
Издается Общественным благотворительным  
фондом борьбы со СПИДом «Шаги»

Главный редактор: В.А. Пчелин.

Редакционный совет: В.В. Покровский, А.В. Кравченко, В.И. Шах-  
гильдян, И.Г. Сидорович, Э.В. Карамов, Н.А. Должанская,  
А.Г. Рахманова, И.В. Пчелин, Е.А. Шуманский, В.Е. Ленкова,  
А.А. Максимовская, А.Ф. Козырев, К.А. Барский.

Электронная почта редакции: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия: www.stepsfund.ru; www.hiv-aids.ru  
Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору  
за соблюдением законодательства в сфере массовых  
коммуникаций и охране культурного наследия РФ.  
Регистрационное удостоверение ПИ № ФС77-24534,  
ISSN 1990-4606.

Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги».

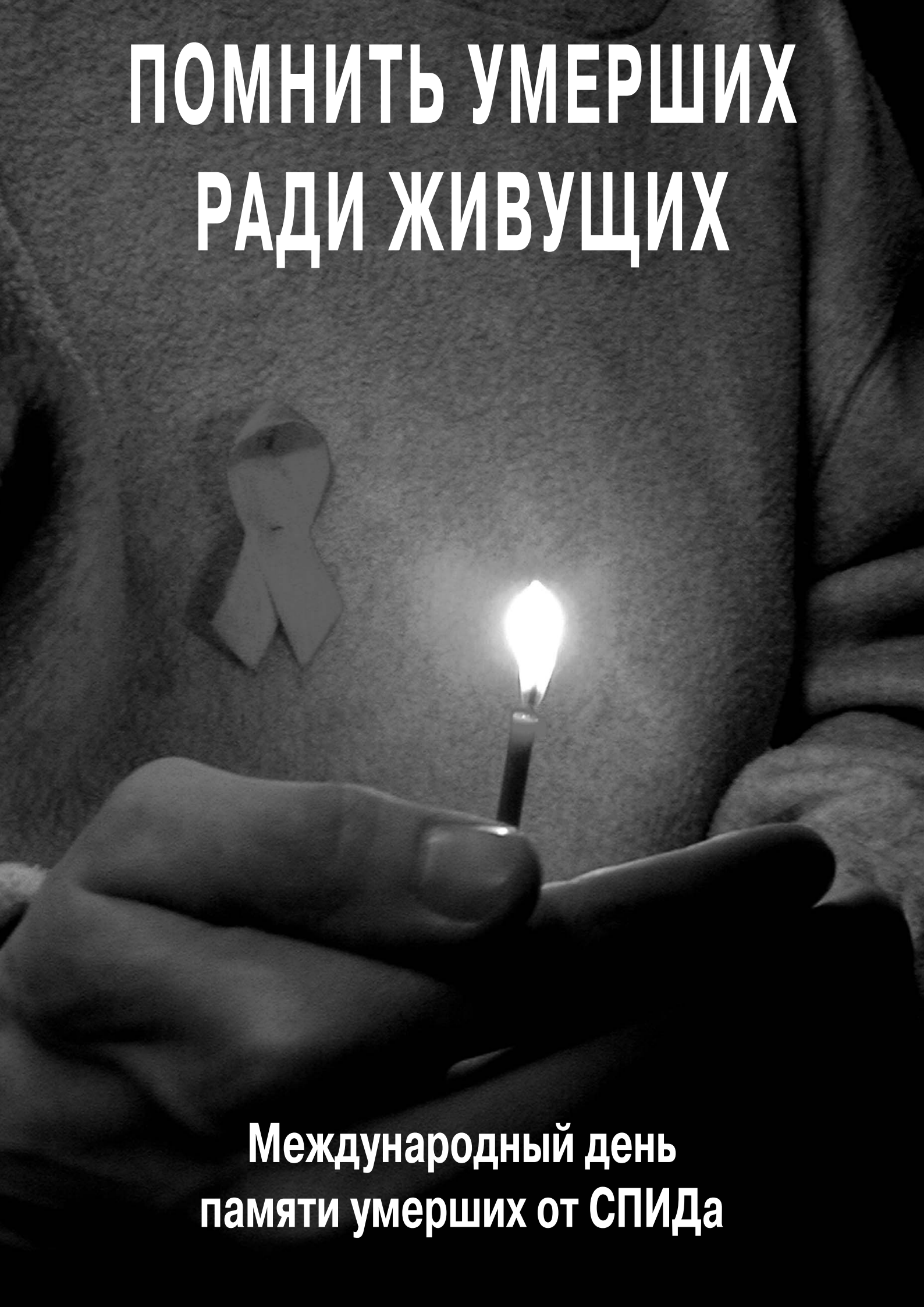
Тираж 1000 экз. Распространяется бесплатно.

Редакция приветствует перепечатку материалов журнала.

При перепечатке ссылка на «ШАГИ профессионал» обязательна.

© Все права защищены.

# ПОМНИТЬ УМЕРШИХ РАДИ ЖИВУЩИХ

A black and white photograph showing a hand holding a lit candle. The candle is lit, and its flame is bright. In the background, there is a white ribbon symbol, which is a common symbol for HIV/AIDS awareness. The background is dark and textured, possibly a piece of fabric or paper.

Международный день  
памяти умерших от СПИДа



**Барнаул**



**Волжский**



**Калининград**



**Воронеж**



**Петропавловск-  
Камчатский**



**Красноармейск**



**Красноярск**



**Краснодар**

# День памяти



**Молдова**



**Набережные Челны**



**Нальчик**



**Ростов-на-Дону**



**Санкт-Петербург**



**Симферополь**



**Хабаровск**



**Харьков**



**Нарва**



## Епископ Мефодий:

# «Казнить нельзя помиловать. Где поставим запятую?»

*Евангелие, по словам епископа Мефодия, учит нас не презирать грешников. Более того, христианин имеет право говорить: «Я грешник», «Мы грешники», но выражение «Ты грешник» не более чем предположение. «Чтобы иметь право судить о грехе ближнего, нам необходимо видеть сердечную мотивацию его поступков, но она сокрыта от нас», — так говорит епископ Мефодий. Он считает, что неправильно оставлять без помощи ВИЧ-инфицированных людей, оправдываясь тем, что они грешники — секс-работники, наркозависимые или гомосексуалы.*

*В 1998 г. по благословению правящего архиерея владыка Мефодий положил начало реабилитации наркозависимой молодежи на Свято-Георгиевском приходе. Реабилитация продолжается и в настоящее время, приход достиг в ней значительных успехов.*

*Сегодня епископ Мефодий гость нашего журнала.*

Мефодий, епископ Каменский и Алапаевский (в миру — Кондратьев Михаил Александрович) родился 10 ноября 1957 года в Уфе. Русский. Крещен младенцем в одной из церквей города. В 1975 году закончил учебу в средней школе № 35 Уфы и в том же году поступил в Московский физико-технический институт на факультет молекулярной и химической физики. Успешно закончил учебу в 1982 году и получил специальность инженера-физика. По свободному распределению устроился преподавателем физики в Башкирском государственном медицинском институте (БГМИ) в Уфе.

В мае 1984 г. уволился из БГМИ и начал служение Святой Церкви в Ивановской епархии Русской Православной Церкви. По благословению епископа Ивановского и Кинешемского Амвросия начал служить при Троицкой церкви с. Петровское Лежневского района в должности сторожа-истопника, а затем — алтарника. В декабре 1984 года был пострижен в мантию епископом Ивановским и Кинешемским Амвросием с наречением имени Мефодий, в честь преподобного Мефодия Пешношского. По принятии монашества продолжал свое служение на том же приходе.

В августе 1985 года Епископом Амвросием был рукоположен в сан иеродиакона, и тогда же, в праздник Преображения Господня, им же был рукоположен в сан иеромонаха и назначен настоятелем Никольской Церкви с. Григорьево Тейковского района.

В феврале 1988 года епархиальным архиереем был переведен на новое место служения, назначен настоятелем Свято-Георгиевского храма с. Георгиевское Кинешемского района. Настоятелем св. Георгиевского храма является до сих пор.

За служение Святой Православной Церкви епископ Мефодий был награжден: ко дню Святой Пасхи 1988 года — золотым наперсным крестом, ко дню Святой Пасхи 1992 года — саном игумена, ко дню Святой Пасхи 1997 года — палицей.

В 1998 году по благословению правящего архиерея епископ Мефодий положил начало реабилитации наркозависимой молодежи на Свято-Георгиевском приходе. Реабилитация продолжается и в настоящее время, приход достиг в ней значительных успехов. Епископ Мефодий принимал участие во многих конференциях, в том числе международных, посвященных проблеме помощи наркозависимым и ВИЧ-инфицированным людям, выступая с докладами. Написал более 20 статей по этой тематике.

В 1999 году поступил в Московскую Православную Духовную Семинарию (Сектор заочного обучения), полный курс которой успешно закончил в 2004 году.

За деятельность по реабилитации наркозависимых пациентов в 2005 году Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков епископ Мефодий был награжден медалью «За содействие Госнарконтролю России».

Принял участие в съемке двух фильмов о реабилитации на приходе («Не умру, но жив буду» — 2006 г. и «Пропадал и нашелся» — 2012 г.). В январе 2006 года в издательстве «Сатис» вышла книга «Не умру, но жив буду», рассказывающая об опыте прихода по работе с наркозависимыми, а в декабре 2013 года — книга «В храм пришел наркозависимый. Как помочь?».

Ко дню Святой Пасхи 2005 года награжден наперсным крестом с украшениями.

В Иваново-Вознесенской епархии кроме настоятельства выполнял следующие послушания: секретарь епархиальной дисциплинарной комиссии (с 10.05.2007 г. по 16.07.2012 г.); секретарь епархиального суда (с 01.12.2008 г. по 10.06.2011 г.); член экспертного совета при учебном комитете Свято-Алексеевской Иваново-Вознесенской Православной Духовной семинарии (с 12.03.2009 г. по 20.10.2010 г.); председатель епархиального суда (с 10.06.2011 г. по 16.07.2012 г.).

В 2008 году епископом Иваново-Вознесенским и Кинешемским Иосифом награжден архиерейской грамотой. В 2010 году Святейшим Патриархом Московским и всея Руси Кириллом награжден Патриаршей грамотой.

В 2008—2011 годах в качестве соавтора епископ Мефодий участвовал в написании «Методологии социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине» (издана в 2011 году).

В 2010—2011 годах возглавлял группу экспертов, привлеченных к написанию в рамках работы Межсоборного присутствия концептуального документа «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых».

С сентября 2010 года по настоящее время является аспирантом Общецерковной аспирантуры и докторантуры имени святых равноапостольных Кирилла и Мефодия (кафедра церковно-практических наук).

С 1 октября 2010 года по настоящее время является внештатным сотрудником Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, несет послушание руководителя Координационного центра по противодействию наркомании.

В 2010 году участвовал в подготовке Соглашения о взаимодействии между Русской Православной Церковью и Государственным антинаркотическим комитетом (подписано 21 декабря 2010 года).

С 14 марта 2011 года по настоящее время несет послушание председателя правления Благотворительного фонда св. прав. Иоанна Кронштадтского, учрежденного Синодальным отделом по благотворительности.

С июня 2011 года по настоящее время является заместителем сопредседателя совместной рабочей группы Государственного антинаркотического комитета и Русской Православной Церкви.

С ноября 2011 года по настоящее время является членом Коллегии при Отделе по церков-

ной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви.

С июля 2012 г. является клириком новообразованной Кинешемской и Палехской епархии.

В Кинешемской и Палехской епархии кроме настоятельства на Свято-Георгиевском приходе со 2 сентября 2012 года несет следующие послушания: председатель епархиального суда, член Епархиального совета.

С февраля 2013 года назначен представителем Русской Православной Церкви в Межведомственной антинаркотической рабочей группе Коллегии при полномочном представителе Президента Российской Федерации в Центральном федеральном округе, а также является членом Общественного совета при ФСКН России.

Решением Священного Синода от 25–26 декабря 2013 г. (журнал № 134) избран епископом Каменским и Алапаевским.

5 января 2014 г. за Божественной литургией в Успенском кафедральном соборе г. Кинешма епископом Кинешемским и Палехским Иларионом возведен в сан архимандрита.

Наречен во епископа 24 января 2014 г. в храме Всех святых, в земле Российской просиявших, Патриаршей резиденции в Даниловом монастыре в Москве. Хиротонисан 25 января за Божественной литургией в храме св. мц. Татианы при МГУ им. М.В. Ломоносова в Москве. Богослужения возглавил Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл.

## СЛОВО ЕПИСКОПА МЕФОДИЯ

Наркоманы, кто они такие? «Дегенераты», «преступники», «уроды»? Таковыми их до сих пор считает значительное, если не подавляющее большинство граждан нашей страны. После пятнадцати лет реабилитационной работы с подсевшими на наркотики молодыми людьми, я убедился, что в действительности это украденные у нас наши дети. В каком возрасте дети впервые дегустируют наркотик? В девнястые годы это происходило где-то в 12–14 лет, сейчас в 10–12. Когда употребление становится регулярным? Лет в 15–19 или чуть позже. В возрасте 22–25 лет они уже начинают «выпадать в осадок»: становятся полностью асоциальными личностями, ужасом для посторонних и проклятием для близких — родственников и друзей. Именно в этот заключительный период долго скрывавшейся болезни написан портрет типичного наркомана, который и стал его визитной карточкой. Те, кто подсел на наркотики, хуже или несчастнее других?

Когда мы проживаем нашу жизнь, день за днем, часто ли размышляем о неизбежной смерти, о своих последних днях? Как правило, мысль о кончине и предсмертных мучениях вытесняется из сознания, а если врывается в него, мы сами стремимся ее отогнать. Мы взрослые люди,



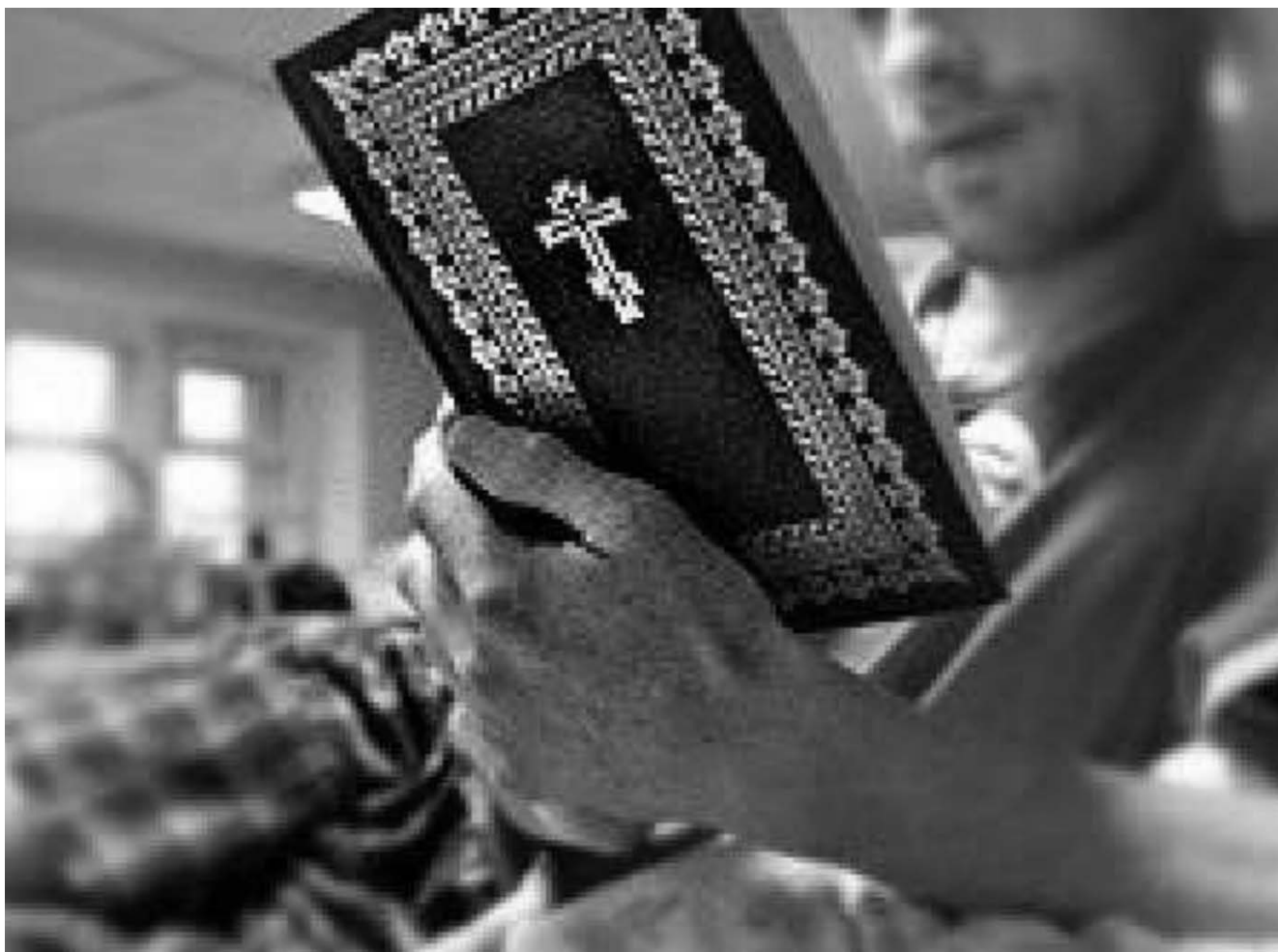


но все равно размышления о возможных негативных последствиях наших действий и кончине болезненны для нас. Мы позволяем себе не просчитывать последствия и не задумываться о конце, не считаем это преступлением. Взрослые позволяют себе многое из того, что наносит вред, главное, чтобы расплата не наступила немедленно. А может она и не наступит? Обойдет меня? Ребенок, когда ему предлагают проглотить пилюлю или нюхнуть для получения «кайфа», да еще даром, в лучшем случае боится ремня. Почему ребенок должен быть мудрее нас? Благодарю Бога, что во времена моего детства наркотики были недоступны.

Я не стараюсь представить наркопотребителей невинными жертвами обстоятельств, каждому из них есть в чем каяться. Наркомания — это не только болезнь, это также и грех. Грех, которым все повязаны. И те, кто посадил, и те, кто подсел, и те, кто подсадил, и те, кто попустил, и те, кто отстранился. Всех можно усадить на скамью подсудимых. Не уговариваю с этим согласиться, прошу об этом подумать. Как бы там ни было, большинству из «подсадивших», попустивших и отстранившихся наказание отсрочено. Подсевшие все без исключения наказаны пожизненно. Вопрос в том, что с ними делать дальше? Нельзя позволить этим страдальцам слоняться по улицам на-

ших городов и совершать преступления. Необходимо найти глобальное, системное решение и реализовать его. Что дешевле, добывать их или лечить? Что человечнее? Казнить нельзя помиловать. Где поставим запятую?

Вокруг наркомании, наркоманов сложилась устойчивая мифология, которая не соответствует реальности. Пока она не будет отброшена, проблему, достигшую уровня национальной катастрофы, решить не удастся. Ожесточающий население, повергающий в отчаяние наркозависимых и их ближайшее окружение догмат гласит, что наркомания неизлечима, что наркоман — он навсегда наркоман, что наркотик умеет ждать. К счастью это не так. Говорю на основании личного опыта и опыта друзей, не с чужих слов, знающих предмет. Более половины воспитанников, решавших проблему зависимости на нашем приходе, живут нормальной радостной жизнью. Во многих наркоман не затаился, а умер. Украл несколько лет жизни, унес с собой часть здоровья. Но кто не теряет здоровья с годами? Запрет на бокал вина во время застолья совсем не инвалидность. Неправда, не все наркоманы безвременно погибают: немало тех, кто, исцелившись, живет среди нас. У наркомана есть шанс возродиться, и есть возможность вернуться. Вот только как мы их встретим? Будем



Игумен Мефодий: «Церковь способна бороться с наркоманией!»

ли искренне рады их возвращению? Они знают, почему им лучше молчать о своем наркоманском прошлом.

Если обратимся к Евангелию, у нас не останется сомнений, как Бог относится к людям, попавшим в наркотическую зависимость. Господь «хочет, чтобы все люди спаслись и достигли познания истины» (1 Тим. 2:4). «Сын Человеческий пришел взыскать и спасти погибшее. ... Нет воли Отца вашего Небесного, чтобы погиб один из малых сих» (Мф. 18:11;17). Нет сомнения в том, что Богу дороги эти люди. Но активность церковных людей в помощи наркозависимым пока что оставляет желать большего. У Церкви огромный потенциал для успешной деятельности на этом поприще. Будет ли он приведен в действие?

### Отношение Церкви к ВИЧ/СПИДу как к духовной проблеме

ВИЧ/СПИД явился вызовом не только медикам, но и обществу в целом, он поставил целый ряд непростых духовно-нравственных вопросов. Подобно наркомании, ВИЧ/СПИД не только болезнь, но социальное и духовное явление.

Когда человек размышляет о СПИДе, об этой странной болезни, у него возникает некоторое мистическое чувство. Сказать, что СПИД — это попущение Божие за наши грехи, недостаточно. Для данной болезни это слишком тривиальное утверждение. Есть неложное ощущение того, что Бог появлением ее о чем-то очень важно предупреждает нас. О чем?

Видимый мир символически отображает мир невидимый, духовный. Преподобный Максим Исповедник так говорит об этом: «Весь мысленный (духовный) мир таинственно представлен символическими картинами в мире чувственном для тех, что имеют очи, чтобы видеть. Весь чувственный мир заключен в мире мысленном». По свидетельству Отцов, телесные болезни вообще символизируют духовные недуги. Некоторые из болезней несут особенно большую символическую и смысловую нагрузку, например, рак или проказа (вспомним, сколько страниц Библии посвящены последней из упомянутых болезней). К числу таковых, несомненно, следует причислять и СПИД. Эта болезнь выводит из строя иммунную систему человека, которая хранит человека от гибели, когда к нему липнет какая-либо зараза. В духовном мире от духовной гибели хранит человека благодать Божия, помогающая не поддаться страстному влечению и впасть в грех. Поражение иммунной системы, по смыслу, символизирует снятие благодатного покрова.

Теперь вспомним, что говорит Писание о втором пришествии. Молим вас, братия, ... не спешить колебаться умом и смущаться ни от ду-

ха, ни от слова, ни от послания, как бы нами посланного, будто уже наступает день Христов. Да не обольстит вас никто никак: ибо день тот не придет, доколе не придет прежде отступление и не откроется человек греха, сын погибели, противящийся и превозносящийся выше всего, называемого Богом или святынею, так что в храме Божием сядет он, как Бог, выдавая себя за Бога. Не помните ли, что я, еще находясь у вас, говорил вам это? И ныне вы знаете, что не допускает открыться ему в свое время. Ибо тайна беззакония уже в действии, только не совершится до тех пор, пока не будет взят от среды удерживающий теперь (2 Фес. 2,1–11). По мнению большинства Отцов, под «удерживающим» наступление последних событий следует понимать действие Духа Святого в мире, Его покров и защиту. Что тогда должно означать появление в недавнее время в мире болезни, которая символизирует отнятие благодатного покрова от людей? Скорее всего, то, что берется «от среды удерживающий» прежде. И совсем не случайно эта болезнь вызвала такой переполох, выпустила в свет великое множество нелепых страхов, породила всеобщую озабоченность. Мир все более явно приближается к последним событиям, что, впрочем, подтверждается множеством других значимых событий и признаков. И СПИД только один из них.

Первоначальное мнение о СПИДе, наиболее укоренившееся среди православных после появления первых достоверных сведений об этой болезни, может быть кратко выражено следующим образом: «Это очень своевременная болезнь. Передается эта болезнь таким образом, что заболевают ею почти исключительно наркоманы, гомосексуалисты, а также проститутки и их клиенты. Бог послал в мир такую болезнь, чтобы замедлить динамику распространения греха среди людей. Одни через страх заразиться удерживаются от этих грехов, тогда как сами распространители духовной заразы избирательно наказываются смертью». Хотя говорить об этом вслух, публично — не принято, думаю, что значительная часть православных в нашей стране и по сей день придерживается относительно СПИДа именно этого мнения.

Несомненно, такому взгляду на болезнь присущи упрощение и однобокость, связанные как с недостатком сведений о самой болезни, так и с незнанием ситуации со СПИДом за пределами Европы, особенно в странах Африки и Азии. Но было бы несправедливо обвинять людей, думающих так, в злорадстве и жестокости сердца. Не следует забывать, у них несколько иной взгляд на мир, иное понимание добра и зла, иное видение блага, чем у людей нерелигиозных. Радость православных совсем не в том, что ушли из жизни некоторые люди, хотя бы и носители греховной заразы, а в том, что вследствие их удаления из тела человечества само это тело духовно оздоровилось. Подобно и любой

нормальный человек радуется после хирургического удаления у близкого ему человека раковой опухоли не тому, что больному укоротили один из его органов и он стал инвалидом, а тому, что больной не умрет вскоре, а еще проживет после операции некоторое время. О гибели даже самых отчаянных грешников, выбитых СПИДом, в особенности об ушедших без покаяния, церковная паства скорбит не менее прочих людей.

Говоря о СПИДе как о наказании Божиим, православные употребляют термин «наказание» только в смысле скорбного и болезненного для наставляемых вразумления, предупреждения свыше, а не в значении кары Божией. Представление о карающем, одержимым жаждой справедливого воздаяния за грехи Боге абсолютно чуждо сознанию Восточной Церкви. Для нас Бог, даже в «гневе» Своем, — всегда любящий Бог Отец, мы не научены и не умеем видеть Его иначе. Мы также не научены думать, что на земле что-либо может происходить помимо Его воли и ведения. Появление ВИЧ — не исключение. Не получается ли тогда, что, выступая на борьбу со СПИДом мы противимся воле Божией? Тем более что СПИД в какой-то мере замедляет греховное разложение мира? Но также не без ведения и воли Божией проникло в этот мир зло, и «мир во зле лежит». Что же нам в таком случае думать о зле, не устраниться ли нам от всякого сопротивления ему?

Не все, что происходит на земле, угодно Богу, хотя все неугодное Ему попущено Им. Для

разъяснения данного положения дадим слово преподобному авве Дорофею: «Все бывающее бывает или по благоволению Божию, или попустительно, как сказано у Пророка: Аз Господь Бог, устроивый свет и сотворивый тьму (Ис. 45, 7). И еще: или будет зло во граде, еже Господь не сотвори (Ам. 3, 6). Злом здесь названо все, что отягощает нас, т.е. все скорбное, бывающее к наказанию нашему за порочность нашу, как то: голод, мор, землетрясение, бездождие, болезни, брани — все сие бывает не по благоволению Божию, но попустительно, когда Бог попускает этому находить на нас для нашей пользы. Но Бог не хочет, чтобы мы сего желали или сему содействовали. Например, как я сказал, бывает попустительная воля Божия на то, чтобы город был разорен, но Бог не хочет, чтобы мы — поелику есть Его воля на разорение города — сами положили огонь и подожгли оный или чтобы мы взяли топоры и стали разрушать его. Также Бог попускает, чтобы кто-нибудь находился в печали или в болезни, но хотя воля Божия и такова, чтобы он печалился, но Бог не хочет, чтобы и мы опечаливали его, или чтобы сказали: т.к. есть воля Божия на то, чтобы он был болен, то не будем жалеть его. Этого Бог не хочет; не хочет, чтобы мы служили таковой Его воле. Он желает, напротив, видеть нас столь благими, чтобы мы не хотели того, что Он делает попустительно. Но чего Он хочет? Хочет, чтобы мы желали воли Его благой, бывающей, как я сказал, по благоволению, т.е. всего того, что делается по Его заповеди:



чтобы любить друг друга, быть сострадательными, творить милостыню и тому подобное – вот воля Божия благая». Получив исчерпывающее разъяснение от преподобного, мы можем с легким сердцем сделать важный вывод относительно СПИДа: православные по совести и со всей энергией могут включиться в активную борьбу с этой смертельной болезнью, и вместе могут искренно благодарить за нее Бога, как и за всякое иное скорбное попущение Божие. Вывод о необходимости борьбы со СПИДом станет еще более очевидным, если мы вспомним, что ВИЧ заражаются не одни только отчаянные грешники, но среди инфицированных немало совсем неповинных в употреблении наркотиков и никогда не предававшихся разврату людей. Этой болезнью болеют и от нее умирают даже невинные младенцы. Да и многие из грешников не навсегда погрязают в грехе, но оставляют его и оплакивают. Если в порочный период своей жизни они заразились смертельной болезнью, то как же нам не бороться за продление их жизни, когда они вступили на путь покаяния? И о погибели даже самых нераскаянных грешников подобает не радоваться, согласно учению Церкви, а скорбеть.

#### **Некоторые вопросы духовного окормления ВИЧ-инфицированных людей**

Свято-Георгиевский приход Иваново-Вознесенской епархии, настоятелем которого являлся автор, занимается реабилитацией наркозависимых с 1998 года. В нашей приходской общине одновременно проживают от семи до девяти ребят, страдающих от наркотической зависимости. С 2002 года среди реабилитантов появились ВИЧ-положительные юноши, в последнее время они составляют примерно половину от общего числа проходящих реабилитацию молодых людей. Некоторые из них уже получают антиретровирусную терапию. Мы не выделяем этих ребят в особую группу, не видим в этом необходимости. На всех пациентов, в том числе и ВИЧ-инфицированных, весьма положительно действует жизнь внутри православной общины. В этой благоприятной для общения среде ребята с ВИЧ почти забывают о своей беде. Не подвергаясь стигматизации, они не слишком погружаются в размышления о смерти, напротив – они мечтают и желают полноценно жить, учиться, обзавестись семьей, иметь детей.

Есть такой фильм – «Памятная прогулка», в нем рассказывается о судьбе молодой смертельно больной дочери пастора, которая, узнав свой диагноз (лейкемия), продолжала жить полной жизнью, училась, любила и даже вступила в брак, хотя всего через два месяца после его заключения скончалась. Мы с ребятами смотрели и обсуждали этот фильм, и выяснилось, что наши подопечные тоже желают жить полной, радост-

ной жизнью, не задумываясь о ее сроках, о том, что для некоторых из них она может оказаться короткой из-за ВИЧ. После отъезда с прихода ребята поддерживают с нами постоянную связь, и мы, духовники, помогаем им решать возникающие вопросы, выстраивать жизнь.

«Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом» является в настоящее время основным документом, выражающим отношение Церкви к этой болезни и к заболевшим ею. При этом данный документ определяет только ряд основных церковных мнений о болезни, одобренных иерархией, и изначально не задумывался как всеобъемлющий труд по данной теме. Концепция не только допускает, но прямо предполагает дополнения в тех вопросах, которые лишь кратко затронуты в ней, и, конечно, есть важные аспекты проблемы, которые вовсе не рассмотрены в тексте Концепции.

Так как у служителей Свято-Георгиевского прихода накоплен некоторый опыт в работе с ЛЖВС, и прежде всего стало понятным, какие проблемы могут возникать при их духовном окормлении, при совместной жизни и общении с ними, некоторые из таких вопросов мы предлагаем вниманию читателей.

#### **Когда поставлен диагноз. Разговор с духовником о смерти**

Во многих случаях молодой человек, получив от врачей извещение об обнаружении у него ВИЧ-инфекции, переживает это событие как произнесение смертного приговора. В настоящее время данный диагноз является одновременно извещением и о гражданской смерти инфицированного вирусом иммунодефицита: о крайне негативном отношении к этим больным нашего общества известно всем. Юное создание с неустоявшимся мировоззрением испытывает сильнейшее потрясение, которое необходимо как-то пережить и осмыслить, и в которое одновременно страшно посвятить даже родных людей, а зачастую объективно невозможно заговорить об этом именно с наиболее близкими людьми. Вот в это время и может начаться глубокое общение или состояться самый первый разговор обеспокоенных диагнозом юноши или девушки с духовником.

Так или иначе тема смерти неизбежно станет одной из основных в разговоре, поскольку мысль о ней властно вошла в сознание ВИЧ-инфицированного. Но является ли это памятование о смерти благодатью смертной памяти, которую так высоко ценят православные подвижники? Необходимо разобраться. Сделаем это с помощью цитаты из книги старца Софрония (Сахарова) «Видеть Бога, как Он есть»:

«Вечен ли я, как и всякий другой человек, или все мы сойдем во мрак небытия? Этот вопрос из прежде спокойного созерцания ума становился подобным неоформленной массе раскаленного металла. В глубоком сердце поселилось странное чувство — бессмысленности всех стяжаний на земле. Все, что подлежало тлению, обесценивалось для меня. Когда я смотрел на людей, то прежде всякой мысли я видел их во власти смерти, умирающими, и сердце мое наполнялось состраданием к ним. Я не хотел ни славы от «мертвых», ни власти над ними; я не ждал, чтобы они меня любили. Я презирал материальное богатство и не высоко ценил интеллектуальное, не дававшее мне ответа на искомое мною. Если бы мне предложили века счастливой жизни, я не принял бы их. Мой дух нуждался в вечности, и вечность, как я понял позднее, стояла предо мною, действительно перерождая меня.

Смертная память есть особое состояние нашего духа, совсем не похожее на всем нам свойственное знание, что в какой-то день мы умрем. Она, сия дивная память, выводит дух наш из земного притяжения. Будучи силою, Свыше сходящею, она и нас поставляет выше земных страстей, освобождает от власти над нами временных похотей и привязанностей, и тем делает нас естественно свято живущими. Хоть и в негативной форме, она, однако, плотно прижимает нас к Вечному».

Необходимо отметить, что благодать смертной памяти в той или иной степени знакома всякому

монаху: без ее помощи невозможно решиться на отречение от мира в должной степени. Это отречение имеет три ступени: телесное оставление всех богатств и стяжаний мира, оставление прежних нравов и порочных страстей, отвлечение ума от всего настоящего и видимого ради созерцания будущего и желания невидимого. Нельзя сказать, что эта благодать является достоянием всякого без исключения христианина. Даруется ли она пришедшему за результатом анализа на наличие у него ВИЧ-инфекции юноше вместе с утвердительным диагнозом? Проще всего обратиться за ответом к одному из них: «Есть батюшки, которые думают, что ВИЧ-инфицированные имеют память смертную, и это подвигает их на духовную жизнь и аскезу, но меня ВИЧ-статус подвигает на другое. Благодаря ему думаю более о трезвой жизни с Богом по Его заповедям, потому что прежде ее у меня не было. Размышляю о том, как жить дальше, как лечиться, ведь мне всего 28 лет. Не могу сказать, что не задумываюсь о том, как буду умирать, скорее даже знаю, как хочу умереть, — христианской мирной кончиной. Но не имею сил и не считаю нужным думать об этом постоянно, иначе впадаю в депрессию».

Получив свидетельство о наличии у него ВИЧ, человек не получает вместе и благодать смертной памяти, но испытывает потрясение от ясного осознания конечности и хрупкости своего земного существования. В его глазах ценность всех элементов земного бытия стремительно возрастает, с неожиданной силой заявля-



ет о себе жажда жизни. Совершенное по выразительности описание предельной степени такого состояния дает, опираясь на свой личный опыт, Ф.М. Достоевский в романе «Идиот», раскрывая внутренний мир приговоренного к смерти преступника в последние минуты перед казнью. В действительности благодать смертной памяти и энергия данного чувства совершают в душе человека противоположную относительно земных ценностей работу: первая обесценивает все, что не перейдет за врата смерти, вторая учит благовествовать перед каждой земной радостью и пробуждает в юном сердце горячее желание насытиться ей. Жажда жизни (жить) и жажда вечности противостоят друг другу. Духовник должен отчетливо понимать, какая из этих двух энергий владеет человеком, когда тот заговорил с ним о жизни и смерти. Поскольку смертная память встречается много реже, то, как правило, духовник должен использовать счастливую возможность помочь пришедшему на беседу юноше правильно расставить иерархию ценностей жизни, посоветовав удалить из нее греховную нечистоту и указав, каким путем можно этого достичь. Он в силах поддержать молодого человека, начавшего трепетно относиться к своей жизни, в решимости закончить бездумно прожигать ее по образу прежних дней. Необходимо не упустить шанса дать жизни юного создания новое, непорочное наполнение, примирить его с Богом. Наоборот, если человеку, испуганному страшным диагнозом, начать прямую проповедь о вечной жизни, о смерти как неизбежной участи всех людей и о возможности ее пришествия в любой день для каждого человека, о реальной призрачности и скоротечности всех земных радостей, о будущем суде и необходимости оплакать греховную жизнь, приведшую к смертельному заражению, — такая проповедь не найдет отклика в душе юноши, не будет воспринята конструктивно. Она может просто добить его. Подобное поучение лучше прибегать для ищущих монашества. Не следует загонять пришедших за поддержкой и утешением в состояние уныния и отчаяния.

Конечно, далеко не все воспринимают извещение о ВИЧ/СПИДе подобным образом, но переживающие его иначе гораздо реже выходят на контакты со священником.

### Стигматизация

По результатам одного репрезентативного социологического опроса, три четверти респондентов высказались против того, чтобы покупать продукты у людей, инфицированных ВИЧ, и против того, чтобы питаться из посуды, из которой когда-нибудь ел ВИЧ-инфицированный. Любого общения с подобными людьми боится примерно десятая часть опрошенных. Сорок процентов не против, если больной ВИЧ человек живет по соседству, а для двадцати пяти про-

центов это абсолютно неприемлемо. Треть опрошенных не отказываются работать с ВИЧ-позитивными, и столько же — категорически против инфицированных коллег в рабочем коллективе. То есть проблема стигматизации существует и стоит очень остро, хотя в последнее время заметны некоторые положительные сдвиги.

ВИЧ-инфицированные не должны быть изгоями в православной среде, не должны чувствовать себя прокаженными в окружении здоровых людей. ВИЧ — не печать Божиего отвержения, это призыв, а не проклятие. К сожалению, отношение православной паствы к ВИЧ-инфицированным не слишком отличается от отношения к ним внецерковных людей, стигма присутствует по обе стороны церковной ограды.

В качестве оправдания негативного отношения к заболевшим выдвигается не до конца справедливый тезис, что заражению ВИЧ подвергаются самые отчаянные грешники (получили «по заслугам»). Что из того? Разве Евангелие учит презирать грешников? Не существует евангельского оправдания пренебрежению кем-либо. Более того, видение ближнего грешником само по себе является ошибкой. Сделаем краткий экскурс к основаниям православной аскетики, чтобы не погрешать против заболевших собратий. Ученый Иосиф Вриенос утверждает (может быть, достаточно смело): «Существует четыре смертных греха и, если человек предастся одному из них, он не только не сможет покаяться, но и Бог не сможет услышать его молитву. Пороки эти: гордыня, неспособность любить, отношение к другим как к грешникам и желание причинить кому бы то ни было вред».

Христианин имеет право говорить: «я грешник» или «мы грешники», но утверждение «ты грешник» содержит серьезную ошибку.

Попробуем в этом разобраться. Что стоит за словами «я», «ты», «мы»? При изучении русского языка нас учили, что «мы» множественное число от «я». За пределами грамматики, это вполне ложное утверждение. «Множественного» от «я» просто не существует — «я» навсегда и повсюду единственно, и в этом веке, и в будущем. Не было, нет, и не будет иного «я», кроме меня самого. Мое сознание и восприятие себя самого (самосознание) ни при каких обстоятельствах не уравнивается с восприятием подобного мне, останется единственным, неповторимым и незаменимым. Человек никогда не отрешается от своего «я»: деперсонализация — это недостижимая мечта некоторых религий востока. Даже если «я» приду к последней степени единения со своим ближним (что по замыслу Бога должно произойти в Царстве будущего века — да будут все едино, как Ты, Отче, во Мне, и Я в Тебе, так и они да будут в Нас едино (Ин 17, 21), наши с ним самосознания не сорастворятся друг другу. Потому что, согласно откровению, и в Боге есть три Самосознания при едином содержании сознания, при единстве воли, жизни,

существа. Бог един, но Отец не Сын и не Святой Дух, подобно Сын не Отец и не Святой Дух, так же и Святой Дух не Отец и не Сын.

«Я» всегда соотносено с «ты» — в любви или, увы, в ненависти. Восприятие любого «ты» для человека всегда не только внешнее, но вместе и внутреннее, что особенно ясно, когда «Ты» — это Бог. И оно всегда качественно отличается от восприятия себя самого, каким бы глубоким ни было единение в период общения. В общении актуализируется единство «я» и «ты», в этом взаимоотноении двух личностей друг другу выявляется существование новой реальности — «мы». «Мы» — это не множественное число от «я», «мы» — это всегда «я» и «ты», как некое непосредственное и неразложимое единство. «Я» так же немислимо иначе, чем в качестве члена «мы», как «мы» немислимо иначе, чем в качестве единства «я» и «ты».

Итак, жизнь человека протекает на соприкосновении трех реальностей: «я», «ты», «мы». Возможности его относительно каждой из этих реальностей различаются радикально. Немало есть такого, что возможно относительно «я», но невозможно, а иногда и немислимо, относительно «ты». Причем одни и те же действия, совершаемые человеком по отношению к «я» и по отношению к «ты», могут иметь противоположную нравственную оценку: добро явным образом становится злом или наоборот. Одна и та же установка, одна и та же заповедь по-разному проявляет себя, когда исполняется по отношению к себе или к ближнему, хотя объективно, со стороны, оба равно являются представителями рода человеческого. Приведем несколько примеров:

- укорение: укорение себя — великая спасительная добродетель, укорение ближнего — грех;
- отвержение: отвержение себя прямо требуется Богом, отвержение ближнего Им же строго воспрещается;
- смирение: смирять себя требуется постоянно, но нет заповеди «смирять» ближнего, — напротив, заповедано носить его немощи (да и не возможно никого помимо его желанья «смирить», смирение неразрывно связано с личным выбором человека);
- всеобъемлющая заповедь «все пути Господни милость и истина»: правильное приложение этой заповеди по отношению к себе и к ближнему будет следующим: в любой ситуации следует требовать праведного поведения от себя, а к ближнему проявлять милость (снисхождение);
- прощение обид: можно заставить себя от сердца простить ближнего, но нельзя заставлять ближнего простить себя (к тому же, невозможно заставить, можно только просить);
- любовь: человек может определить себя на любовь к ближнему, но не может (как бы ни хотел) заставить, вынудить ближнего любить себя (даже Бог не может, хотя очень ждет ответной любви);

- грех: видение себя грешником — не ложное, истинное видение, видение ближнего грешником — ошибочное (просто нет этого видения у нас).

Прокомментируем последнее утверждение. Священное Писание приводит немалое количество горьких свидетельств об изгнанном из рая человеке. Бог с небес призрел на сынов человеческих, чтобы видеть, есть ли разумеющий, ищущий Бога. Все уклонились, сделались равно непотребными; нет делающего добро, нет ни одного (Пс. 52, 3–7); «Всякий человек ложь» (Пс. 115, 2); Кто из вас без греха (Ин. 8, 7). Разве мы ошибемся, если скажем, что всякий «из рожденных женами» грешник? Нет, если верим Откровению Божию. Но видим ли мы это сами? Относительно «я» и «мы» — да. Но относительно «ты» утверждение неверно: кто из человеческов знает, что в человеке, кроме духа человеческого, живущего в нем? (1 Кор. 2, 11). Чтобы право судить о грехе ближнего, нам необходимо непосредственно видеть сердечную мотивацию его поступков, но она сокрыта от нас. Мы не можем видеть кого-либо так, как видит человека его Создатель, потому что человек смотрит на лицо, а Господь смотрит на сердце (1 Цар. 16, 7). Нам просто не позволено выносить суд о брате: «ты грешник» — согласно заповеди «не судите» (Мф. 7, 1). Бог прав, когда это говорит, мы не правы, высказывая аналогичное суждение. Потому что Он видит, а мы нет, мы только выдаем себя за зрячих.

Вспомним евангельское повествование об исцелении слепорожденного. Апостолы, зная, что не дано человеку судить о грехе ближнего, спрашивают Учителя, проходя мимо слепца: Равви! кто согрешил, он или родители его, что родился слепым? Иисус отвечал: не согрешил ни он, ни родители его (Ин. 9, 2–4). Фарисеи же, обращаясь к прозревшему во время устроенного ими по факту исцеления расследования, без тени сомнения утверждают обратное: во грехах ты весь родился, и ты ли нас учишь? (Ин. 9, 34). Еще более грубую ошибку они совершают, когда вымучивают у исцеленного свидетельство против исцелившего его праведника: воздай славу Богу; мы знаем, что Человек Тот грешник (Ин. 9, 24). Здесь фарисеи называют грешником единого безгрешного Спасителя мира. Слепые мнят себя зрячими прозорливцами и не страшатся ошибиться. Заканчивается евангельская глава следующим диалогом: некоторые из фарисеев, бывших с Ним, сказали Ему: неужели и мы слепы? Иисус сказал им: если бы вы были слепы, то не имели бы на себе греха; но как вы говорите, что видите, то грех остается на вас (Ин. 9, 40–41). Вот подсказка, которой следует воспользоваться. Будучи слепыми для суждения о грехах ближнего, будем и исповедовать себя слепыми, не дерзнем выдавать себя за зрячих.

Когда кто-либо ищет нашей помощи, например, ВИЧ-инфицированный молодой чело-

век, не будем вдаваться в изыскания, насколько он грешен. Подумаем лучше о том, что мы сможем сделать для его спасения и благополучия. Несмотря на все выше сказанное, благоразумие подсказывает, учитывая существующие на сей день реалии, рекомендовать больному посвятить в тайну о своем ВИЧ-статусе самое ограниченное число прихожан, в первое время, может быть, одного только духовника. Горькая правда состоит в том, что и не всякий духовник способен правильно отреагировать на выказанное ему заразившимся молодым человеком доверие. Но, слава Богу, духовники по большей части люди все же благоразумные и к тому же они обязаны хранить тайну исповеди. Большинство пастырей еще никогда не сталкивались с ВИЧ-инфицированными людьми, потому что их число относительно мало среди населения в целом и еще меньший процент они составляют среди православной паствы. Когда благоразумный священник услышит такое признание на исповеди, он осознает, что пришло время для него лично ознакомиться с проблемой и создать атмосферу благожелательного отношения к ВИЧ-положительным людям на вверенном ему приходе. Если на каком-то приходе появятся двое или трое ВИЧ-инфицированных, то с их согласия неплохо было бы духовнику познакомить их друг с другом, сохраняя тайну для остальных членов прихода (таким путем может быть создана приходская группа ЛЖВС, члены которой помогали бы друг другу в несении креста, возложенного на них болезнью). По мере улучшения отношения к ВИЧ-инфицированным круг посвященных в тайну может быть увеличен.

Возможно, есть смысл подумать об организации православной группы ЛЖВС в мегаполисах, которую могли бы посещать ВИЧ-положи-

тельные члены сразу нескольких городских приходов. Эта группа верующих ЛЖВС должна быть открыта для участия в ее деятельности друзей и молодых родственников ВИЧ-инфицированных. Светские ЛЖВС для воцерковляющейся молодежи не подходят, потому что там царят иные мировоззрения, дух.

В заключение хочется сделать важную ремарку. Всегда существует противоположная сторона во взаимоотношении двух субъектов: не только в Церкви сложилось известное отношение к ЛЖВС, но и многие люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, выработали ответный взгляд на Церковь. Мне кажется, что ЛЖВС совершают серьезную ошибку, когда приписывают Церкви по отношению к себе скрытую агрессию и заговаривают агрессивный ответ. Глубоко неверен и другой распространенный среди ЛЖВС вызов: «Вот мы пришли в Церковь. Что вы нам можете дать?» Надо отчетливо понимать, что любой человек, здоровый он или больной, приходит в Церковь не только за тем, чтобы брать. У многих страждущих в этом мире не менее сложные проблемы, чем у ВИЧ-инфицированных. Внутри церковной ограды надолго задерживаются не те, кто явились с каким-то прагматическим намерением побольше получить, а те, кто решили послужить Богу, не рассчитывая на награды.

Путь навстречу друг другу – двусторонний, и поэтому не только общество должно выправить свое отношение к ЛЖВС, но и ЛЖВС – к обществу, в том числе к церковному. Приходите в храмы все «обремененные» вирусом иммунодефицита – мы будем вместе служить Богу, и на этом пути обретем все, что нам по-настоящему необходимо.





# ЧЕМ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ЦЕРКОВЬ ИЛИ ДОЛГАЯ ДОРОГА ДОМОЙ\*

Р.И. Прищенко\*\*

*Придя же в себя, сказал: сколько наемников у отца моего избыточествует хлебом, а я умираю от голода; встану, пойду к отцу моему и скажу ему: отче! я согрешил против неба и пред тобою и уже недостойн называться сыном твоим; прими меня в число наемников твоих. Встал и пошел к отцу своему. И когда он был еще далеко, увидел его отец и сжалился; и, побежав, пал ему на шею и целовал его. Сын же сказал ему: отче! я согрешил против неба и пред тобою и уже недостойн называться сыном твоим. А отец сказал рабам своим: принесите лучшую одежду и оденьте его, и дайте перстень на руку его и обувь на ноги; и приведите откормленного пеленка, и заколите; станем есть и веселиться! Ибо этот сын мой был мертв и ожил, и пропадал и нашелся (Лк. 15, 17–24).*

*...И то, что они пришли в церковь, не должно вводить в заблуждение: привело их сюда совсем не богоискательство, вовсе не раскаяние о множестве совершенных преступлений. Для большинства из них стремление в церковь, это не стремление «к», это бегство «от». Бегство от всей совокупности хаоса и разрушения, которые наркоман стремительно распространяет вокруг себя, и от которых первый же страдает. Бегство от смерти, которая уже открыла на него охоту.<sup>1</sup>*

В данном материале мы рассмотрим возможности и перспективы церковной помощи наркозависимым, поговорим о Церкви как лоне нашего спасения и обозначим отличительные особенности церковного пространства, а также выделим некоторые важные положения для формирования реабилитационного процесса и создания целительной среды, команды помогающих и некоторых видов вспомогательных компонентов в целостной системе помощи.

Процесс помощи — это не дорога в никуда и не просто беседы о смысле жизни. Это направленный процесс, у которого есть свои принципы, цели, этапы и признаки их достижения. Выстраивание и совершенствование этого процесса с целью повышения его качества и эффективности — посильная задача в границах человеческих сил.

*Пространство*, в котором осуществляется процесс помощи, также играет важную роль в

жизни каждого из нас. Человек рождается, живет и умирает в пространстве земного мира. Пространство, как некая внешняя среда, может влиять на человека, оказывая не только исцеляющее, но также и разрушительное воздействие. Зная об этом, человек научился сознательно организовывать и наполнять пространство как пластичную форму особым содержанием, в зависимости от того, какой цели необходимо достичь. При этом пространство может наделяться различными функциями: сакральной, экзистенциальной, эстетической, утилитарной, терапевтической и т.д.

Как устроена церковная система помощи наркозависимым, какими она обладает ресурсами? Каковы ее насущные проблемы и перспективы развития? Каковы отличительные особенности церковной реабилитации и чем обладает Церковь для помощи наркозависимым людям? Как сделать пространство эффективным по-

\* Из книги «Азбука помощи наркозависимым: православный взгляд». Пособие для помогающих и желающих помогать. — М., 2014.

\*\* Роман Иванович Прищенко — заместитель председателя правления Благотворительного фонда святого праведного Иоанна Кронштадтского, учрежденного Синодальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви. Занимается помощью наркозависимым людям и их близким с 2000 года. Имеет высшее богословское (Православный Свято-Тихоновский гуманитарный университет) и высшее психологическое образование (Московский государственный гуманитарный университет им. М.А. Шолохова). Работал в различных светских реабилитационных центрах и православных организациях, оказывающих помощь зависимым людям. Проходил обучение и стажировку в различных программах и лечебных центрах, как в России, так и за рубежом (Германия, Польша). В 2010–2011 гг. участвовал в работе экспертной группы по подготовке и написанию в рамках Межсоборного присутствия документа «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». В 2010–2012 гг. руководил направлением по противодействию наркомании в Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению. С июня 2011 г. — член совместной рабочей группы Государственного антинаркотического комитета и Русской Православной Церкви. Соавтор книг «Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине» (2011 г.), «В храм пришел наркозависимый. Как помочь?» (2013 г.). Автор статей по проблемам наркозависимости «Наркозависимость? Выход есть!» (ЖМП, 2011), «Оловянные души» (НаркоНет, 2011 г.), «Роль вспомогательных структур в системе церковной помощи наркозависимым людям» (Наркология, 2014 г.). Соавтор и участник документального фильма о реабилитации в церковной общине «Пропадал и нашелся» (2012 г.). В 2014 г. награжден ФСКН России почетной грамотой «За оказанное содействие органам наркоконтроля в решении возложенных на них задач».

<sup>1</sup> В храм пришел наркозависимый. Как помочь. — М., 2013, с. 16.

мощником в процессе помощи нашим подопечным и что для этого нужно? Какова роль команды в процессе помощи? Какими могут быть формы помощи и как выбрать форму помощи по силам? Знаем ли мы об этом? Постараемся ответить на эти вопросы.

## ЦЕРКОВНАЯ ПОМОЩЬ НАРКОЗАВИСИМЫМ

Прежде всего, помогающему необходимо понимать актуальное состояние и ресурсы того направления церковного поля деятельности, на котором он трудится. В нашем случае, это поле помощи наркозависимым людям и их близким. Как началась эта деятельность в Церкви, каково ее современное состояние и перспективы развития?

**Краткая справка.** Такое направление церковно-социального служения в России, как противодействие наркомании насчитывает всего лишь немногим больше двух десятилетий своей истории. В этом смысле, с ним может сравниться лишь помощь ВИЧ-инфицированным людям. По отношению к другим видам диаконии, например, помощи пожилым людям или деятельности обществ сестер милосердия, помощь наркозависимым без всякого преувеличения можно назвать самым молодым видом служения. Отчасти это связано с тем, что наркомания как проблема мирового уровня стала угрозой лишь в середине XX столетия, отчасти с тем, что в России она проявилась в начале 90-х годов этого же столетия. Нельзя исключать и причин, связанных с невозможностью развивать любое церковное служение в советские времена, в противном случае, эта проблема могла быть осознана на десятилетие раньше.

Церковь сразу же включилась в помощь тем, кто попал в наркотический плен: сначала силами одиночек-энтузиастов, затем силами приходов и монастырей, братств и сестричеств. В силу новизны и во многом специфичности проблемы процесс помощи поначалу развивался стихийно и на самодеятельном уровне (здесь как противоположность общецерковного уровня).

Со временем накопленный опыт помощи осмысливался, его недостаток восполнялся возможностью знакомства с отечественным, а также зарубежным опытом, повышался уровень компетентности мирян и священнослужителей, происходило знакомство и объединение энтузиастов. Стали особенно активно развиваться стационарные реабилитационные долгосрочные программы, как на церковных приходах и в монастырях, так и под их непосредственным окормлением, т.к. это позволяли сделать материальные и финансовые возможности отдельных общин. Все это положило начало развитию будущей системы помощи и уникальных подхо-

дов, как сугубо церковных, так и смешанных. Так прошли два десятилетия.

Возможно, что этого было бы и достаточно, если бы рост наркомании остановился, а число ищущих помощи не увеличивалось, но этого, к сожалению, не произошло. Такое развитие событий поставило перед церковью необходимость решения этой проблемы на совершенно другом уровне.

**Актуальное состояние церковной системы помощи наркозависимым.** В своем приветственном слове (<http://diaconia.ru/52419bb0eabc88787a000000>), обращенном к участникам III Общецерковного съезда по социальному служению, Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл отметил, что «...в последние годы растет число инициатив в сфере социального служения, которое становится не просто уделом отдельных подвижников, а системной работой, организуемой, как на общецерковном, так и на епархиальном и приходском уровнях»<sup>2</sup>. Это без всяких натяжек можно отнести и к направлению помощи наркозависимым людям. Церковь приняла новый вызов времени, связанный с необходимостью вывести помощь наркозависимым людям и их близким на иной, более серьезный уровень. Для этого в течение последних четырех лет были предприняты важные шаги. Что же удалось сделать?

Прежде всего, в 2010 году в структуре Отдела по церковной благотворительности и социальному служению было создано направление по противодействию алкоголизму и наркомании. Через полгода противодействие наркомании было выделено в отдельное направление и практически сразу вслед за этим, в октябре 2010 года, был создан *Координационный центр по противодействию наркомании*, основной целью которого стала координация антинаркотической деятельности на общецерковном уровне. Спустя два месяца, в декабре 2010 года, было заключено *Соглашение о взаимодействии Русской Православной Церкви и государства* в лице Государственного антинаркотического комитета (пока единственное в своем роде).

В рамках этого Соглашения для финансирования церковных инициатив в области противодействия наркомании в августе 2011 года был создан *Благотворительный фонд святого праведного Иоанна Кронштадтского*, учредителем которого стал Отдел по церковной благотворительности и социальному служению. Основная цель деятельности фонда — развитие системы церковной реабилитации наркозависимых людей и поддержка церковных инициатив в этой области. На сегодня фонд занимается реализацией различ-

<sup>2</sup> Обращение Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла к участникам III Общецерковного съезда по социальному служению // Патриархия.ру [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/3256750.html>

ных проектов для развития церковной помощи наркозависимым людям и их близким.

В начале 2012 года была издана «*Методология социальной реабилитации в церковной общине*»<sup>3</sup>, в которой был обобщен и структурирован сугубо церковный опыт решения проблемы помощи наркозависимым людям (в 2014 году вышла вторая редакция методологии). А в декабре этого же года после почти двух лет подготовки и соборного обсуждения был принят концептуальный «*Документ об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых*»<sup>4</sup>.

В конце 2013 года был создан общецерковный информационный Интернет-ресурс [www.rotivnarko.ru](http://www.rotivnarko.ru), на котором можно найти всю базовую и текущую информацию о церковной антинаркотической деятельности.

Параллельно, в развитии практической помощи также происходили некоторые изменения. В ряде епархий открылись новые реабилитационные центры, появились новые компоненты системы помощи, такие, как кабинеты первичного приема, православные группы поддержки, амбулаторные мотивационные программы и адаптационные квартиры. В этот период появились также новые священнослужители и миряне, как добровольцы, так и специалисты, вдохновленные идеей помощи наркозависимым людям. Усиление взаимодействия церковных общин привело к сплочению помогающих и переосмыслению реабилитационной деятельности, что во многом позволило приступить к повышению ее качества и расширению содержания. Развитие обучающей деятельности привело к повышению уровня компетентности помогающих и снижению стигматизации наркозависимых в церковной среде.

В итоге, благодаря этому, деятельность церкви по противодействию наркомании стала приобретать черты системной работы и вышла на качественно иной уровень, в большей мере соответствующий запросу ищущих помощи наркозависимых и их близких.

С 2010 по 2012 гг. Координационным центром накапливалась, обрабатывалась и анализировалась информация о церковной антинаркотической деятельности, что позволило в итоге сформировать достоверную и полную базу данных. В 2013 и 2014 гг. для обновления базы, выявления динамики и спадов развития антинаркотической деятельности, а также для выявления соответствия актуальных ресурсов стратегическому идеалу, был проведен мониторинг. В список мониторинга вошли структурные подразделения Русской Православной Церкви, ор-

ганизации (НКО), учрежденные этими структурными подразделениями или созданные с их участием, а также НКО, находящиеся под патронажем Церкви и сотрудничающие с Церковью. Мониторинг проводился с применением метода анкетирования (анкета содержала 34 вопроса о деятельности НКО) и структурированного интервью (телефон, Скайп). Ниже приведены мониторинговые данные о состоянии церковной системы помощи наркозависимым на начало 2014 года:

- было выявлено 46 НКО, на базе которых ведут свою работу 63 реабилитационных центра (некоторые НКО имеют более одного центра);
- из этих центров 51 является мужским, 6 – женскими, 6 проводят реабилитацию как мужчин, так и женщин;
- больше всего центров (более 12) расположено в Центральном и Сибирском федеральных округах;
- в сельской местности находится большая часть центров – 48, в городской черте действуют 15 центров;
- длительность реабилитационной программы в большинстве центров равняется одному году, а общий диапазон продолжительности программ – от 6 до 36 месяцев;
- реабилитация во всех церковных центрах является бесплатной; в 35 центрах за проживание и питание с проходящих реабилитацию людей также не берется никакой платы, 28 центров не имеют возможности взять на себя расходы по питанию и проживанию воспитанников;
- финансовая поддержка церковных центров со стороны государства составляет менее 1% от средств, необходимых для их выживания, при этом взносы родственников – 24%, частные пожертвования – 59%, грантовая деятельность – 6%, нефинансовый вклад подсобного хозяйства – 7%; коммерческая деятельность – 3%;
- реабилитация воспитанников с ВИЧ проводит 58 центров.

По сравнению с мониторингом 2013 года выявились следующие моменты:

- повысилась активность участников в сборе данных для мониторинга;
- появились новые НКО и мужские центры;
- появились вспомогательные структуры (10 адаптационных квартир);
- увеличилась длительность программ 18 до 36 месяцев;
- увеличилось число центров, которые берут оплату за проживание и питание;
- среди подходов является явным преобладание церковной модели и модели терапевтического сообщества;
- налицо низкая активность сотрудничества с государственными и лечебно-профилактическими учреждениями (юридически закрепленные отношения).

<sup>3</sup> Электронный вариант этого издания в первой редакции можно найти на сайте <http://www.diaconia.ru/>. Режим доступа: <http://www.diaconia.ru/tag/books/51234e8aeabc882a7a000015>

<sup>4</sup> См. Приложение.

Нужно также сказать, что в процессе решения вышеупомянутых задач, выявлялись и новые проблемы, которые продолжают оставаться актуальными и требуют решения. Самая главная из них — *это проблема кадров*. Есть также и другие проблемы, требующие преодоления и решения:

- отсутствие *мотивации* у духовенства и мирян участвовать в помощи наркозависимым людям; это обусловлено недостаточной информированностью о проблеме и об успешных церковных реабилитационных проектах, стигматизацией наркозависимых, сопротивлением прихожан или местного населения организации реабилитационного процесса в церковных общинах;
- отсутствие детально разработанных *методик* церковной реабилитации;
- отсутствие необходимого количества методических *материалов*, наглядных пособий по уже существующим в этой области церковным наработкам;
- отсутствие *вспомогательных* реабилитационных структур для организации всей полноты комплексной системы поддержки наркозависимых; процесс помощи в Церкви включает в себя первичное консультирование, мотивационный период, основной период реабилитации, ресоциализацию, постреабилитационное сопровождение, работу с родственниками; отсутствие хотя бы одного из этих компонентов снижает эффективность помощи;
- отсутствие в Церкви *системы подготовки кадров* для реабилитационной деятельности; в учебных программах духовных школ нет разделов, посвященных проблемам зависимости от психоактивных веществ и работе с людьми, попавшими в зависимость;
- отсутствие стабильного целевого *финансирования* реабилитационной деятельности;
- отсутствие в должной мере на региональном уровне *взаимодействия* государственных структур и церковных НКО, а также находящихся под патронажем Церкви НКО в профилактике наркомании и помощи наркозависимым.

Несмотря на серьезность перечисленных проблем их, все же, нужно рассматривать как возможность наметить перспективы, а не как повод для огорчений.

**Ближайшие задачи развития.** В апреле 2014 года в Москве был проведен II Общецерковный съезд руководителей церковных реабилитационных центров «Вопросы объединения реабилитационных структур Русской Православной Церкви на территории России в единую сеть помощи наркозависимым гражданам». На съезде были намечены основные приоритеты дальнейшего развития церковной помощи наркозависимым людям и их близким:

- обеспечение *единства* и повышение *качества* процесса помощи;

- создание *вспомогательных структур* для развития и обеспечения процесса помощи;
- развитие общей *координации* процесса;
- увеличение *количества* реабилитационных центров.

Одна из самых актуальных и ближайших задач развития — *объединение* всех церковных реабилитационных структур в *единую сеть*. Для ее организации у Церкви есть неоспоримые преимущества, которые мы уже описывали в «Методологии социальной реабилитации в церковной общине»<sup>5</sup>, теперь же кратко приведем их ниже:

- Церковь имеет *большой кредит* доверия у граждан страны; население верит, что Церковь может компетентно работать с наркозависимыми людьми, успешно заниматься реабилитацией;
- Русская Православная Церковь — единственная из религиозных и общественных организаций, *структурные подразделения* которой (приходы и монастыри) с *достаточной плотностью* расположены на всей территории РФ;
- *иерархическая организационная структура* Русской Православной Церкви *позволяет* выстроить взаимодействие всех занимающихся реабилитацией приходов и монастырей, а также создать сеть вспомогательных церковных и общественных организаций для полного охвата процесса помощи.

В сеть предполагается объединить как проводящие реабилитацию структурные подразделения РПЦ (приходы и монастыри), так и учрежденные структурными подразделениями РПЦ или находящиеся под патронажем РПЦ реабилитационные центры.

*Что может дать организация сети?* Во-первых, реабилитационная структура получает подготовленного воспитанника, и знает, куда и кому его передать, во-вторых, в рамках сети легче осуществить подготовку и распределение сотрудников, пройти стажировку, что решает кадровую проблему и, наконец, в-третьих, сеть в целом является серьезным партнером для государства, что позволяет вывести взаимодействие с госструктурами на более высокий уровень и решать вопросы финансирования даже на региональном уровне.

Помимо ожидания этих качественных улучшений в деятельности системы в целом, можно будет рассчитывать и на другие количественные и качественные результаты:

- увеличение загруженности реабилитационных центров;
- облегчение открытия новых центров и вспомогательных структур;

<sup>5</sup> Методология социальной реабилитации в церковной общине/Игумен Мефодий (Кондратьев), Р.И. Прищенко, Е.Е. Рыдалевская. — М., 2013, с. 59.

- повышение процента выходящих в ремиссию воспитанников и улучшение качества этой ремиссии;
- налаженная система мониторинга реабилитационной деятельности РПЦ;
- целостное видение общей динамики развития церковной системы помощи и возможность прогнозирования ее дальнейшего эффективного развития.

Если перевести приоритеты и общие задачи на язык практических действий, то их реализация в общем виде будут выглядеть следующим образом:

- поэтапное включение имеющихся церковных реабилитационных структур в России в единую систему помощи;
- создание вспомогательных структур в епархиях РФ и в Московском регионе;
- создание координационно-аналитического центра при БФ св. прав. Иоанна Кронштадтского.

## ЦЕРКОВЬ – ЛЕЧЕБНИЦА И ЛОНО НАШЕГО СПАСЕНИЯ

*«Первая жертва, которую наркозависимый должен принести ради обретения свободы от власти наркотика над собой, это дать согласие покинуть среду своего обитания...»*<sup>6</sup>. Очевидно, что пытаясь преодолеть зависимость в этой среде, субкультуре, наркозависимый человек подвергается воздействию многих соблазнов и остается незащищенным. Обычная изоляция от этого воздействия (например, переезд, лишение свободы, госпитализация в закрытое медицинское учреждение и т.д.) может привести к спонтанному или вынужденному воздержанию от употребления наркотиков, но сама по себе будет являться всего лишь *полумерой*, так как качество нового пространства этой изоляции не отвечает условиям целительной среды, способной оказывать поддержку в преодолении зависимости. В силу этого, пространство в процессе помощи — один из ключевых факторов и условий воздействия, о чем говорилось выше.

В процессе накопления мирового опыта помощи психически больным людям, было замечено, что создание специально организованного, структурированного пространства оказывает особый эффект, что в дальнейшем получило название терапевтической среды. Позже этот

опыт стали применять при создании реабилитационных центров и программ для наркозависимых людей. *«Терапевтическая среда является духовно, психологически и социально поддерживающей средой, необходимые и обязательные условия которой — система ценностных ориентиров, приверженность нормам здоровой жизни, фокусирующей не на болезни, а на восстановлении»*<sup>7</sup>.

В нашем случае, в случае церковной помощи наркозависимым людям, такой средой является Церковь (в том числе и в лице конкретной церковной общины), которую основал Христос более 2000 тыс. лет назад. При этом следует избегать *ложных пониманий* во взаимодействии богатства церковного пространства и реабилитационного процесса, который в него встраивается. Какими могут быть такие ложные понимания?

Во-первых, от некоторых христианских специалистов в области помощи наркозависимым приходилось слышать мнение, что *«Церковь является одним из разновидностей терапевтического сообщества»*. Во-вторых, приходилось также сталкиваться с ситуацией, когда Церковь воспринималась специалистами (в том числе и христианами) как некое «приложение» к реабилитационному процессу и конкретным программам, а Таинства — как «инструмент». В-третьих, в совсем уж запущенных случаях, Церковь могла восприниматься как «бренд»<sup>8</sup> для создания и усиления имиджа и пиара отдельных лиц или НКО. Такое понимание и отношение, на мой взгляд, как минимум — профанация<sup>9</sup>, в основе которой лежит непонимание природы Церкви как благодатной соборности, а по большому счету — кощунство<sup>10</sup>.

Когда к нам обращаются за помощью и мы предлагаем церковную систему поддержки, пространство церковной реабилитации, часто звучит вопрос, как от наркозависимых, так и от их близких: *«А что такое церковная реабилитация? В чем ее особенности? В чем ее отличие от светской?»*. Хороший вопрос. Сможешь ли ты, уважаемый читатель, ответить на него, если он прозвучит? Давай попробуем сделать это вместе.

Церковная реабилитация имеет несколько важных *отличий*, которые помогающий должен осознавать и при необходимости объяснить.

Прежде всего, в понимании Церкви реабилитации<sup>11</sup> — это обращение или возвращение людей, попавших в зависимость от наркотиков на *путь спасения*, ведущий к *вечной жизни*. И в этом ее *первоеотличие*. В нашем случае, преодо-

<sup>6</sup> В храм пришел наркозависимый. Как помочь. — М., 2013, с. 17.

<sup>7</sup> Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Под редакцией Валентика Ю.В. и Сироты Н.А. — М., 2002, с. 52.

<sup>8</sup> Бренд (англ. brand) — товарный знак, торговая марка. Здесь организация, известная своей высокой репутацией.

<sup>9</sup> Профанация — невольное искажение чего-либо невежеством, оскорбительным отношением, обращением.

<sup>10</sup> Кощунство (ст. слав. — насмешка) — принижение, умаление значимости и ценности сокровенных, священных понятий и дел, хуление Бога.

<sup>11</sup> Реабилитация (от позднелат. *rehabilitatio* — восстановление) в наркологии — это процесс в медико-социальной системе, направленный на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркозависимого, его личностного и социального статуса. Для достижения этой цели используется комплекс медицинских, психологических, психотерапевтических, воспитательных, трудовых, социальных мер и технологий.

ление зависимости и восстановление социальных навыков — является лишь первым, хотя и важным шагом или задачей на пути спасения, но не целью. Целью же церковной реабилитации является обращение на путь спасения.

Ответ на вопрос «Что такое церковная реабилитация?» не будет полным, если мы не коснемся самой Церкви, в которой эта реабилитация происходит. Для нас уже стало понятным, что процесс реабилитации происходит в церковном пространстве. «Включение реабилитационного процесса в жизнь церковной общины»<sup>12</sup> — один из трех основных принципов для понимания церковной реабилитации и второе отличие церковной помощи. Этот принцип не случаен, ведь «реабилитант, вошедший в жизнь церковной общины, члены которой стремятся жить по закону любви, попадает в особо благоприятную для исцеления души среду»<sup>13</sup>. В чем же заключаются благоприятные особенности церковной среды? В чем богатство этого пространства? Для нас важно знать и любить богатство Матери-Церкви, это — обязанность помогающего.

Некоторые могут воспринимать Церковь как здание, где проводятся богослужения. Другие могут считать, что это некая организация, у которой есть свой устав и определенные правила. Третьи думают, что Церковь — это духовенство и прихожане. Но в чем же тогда благоприятность для исцеления?

Есть много различных видов соборности на нашей земле: организаций и партий, союзов и корпораций. Несмотря на их различность, все они похожи в одном, это — естественные соборности, созданные людьми. Церковь же основана Самим Господом и в силу этого она является благодатной соборностью. Эта особенность Церкви как соборности является третьим отличием пространства церковной реабилитации, это — благодать Святого Духа.

Благодатное и исцеляющее пространство Церкви можно понять через яркие образы евангельской притчи о добром самарянине (Лк. 10, 30–37). В ней Церковь сравнивают с гостиницей, куда добрый самарянин (Христос) приводит для исцеления страждущих, израненных грехом (израненного странника). «Церковь, как и Христос:

- не пренебрегает грешниками, не прогоняет от себя тех, кто изранен грехом;
- не делает между людьми различий национальных, расовых, политических или каких бы то ни было других;
- не боится, как бы и ей не попасть в сети разбойников (дьявола) (т.е. Церковь не подвластна силе зла (прим. автора);

- склоняется над каждым кающимся грешником с состраданием, пониманием и любовью;
- перевязывает его раны, омывая их «вином и елеем» в своих таинствах — покаянии и причастии;
- содержит его в «гостинице», в своей общине, для его полного исцеления — вхождения в Царство Небесное»<sup>14</sup>.

Именно в эту благодатную соборность в лице конкретной общины и включен реабилитационный процесс в Церкви. Реабилитация человека в Церкви на пути спасения, как восстановление его целостности, является, в первую очередь, результатом действия этой благодати, как особой Божественной силы, являемой во всей полноте церковной жизни. Источником этой благодати является Бог, и как Целитель душевных и телесных недугов, именно Он Своей силой освобождает наркозависимого человека при условии его личных усилий и желания, а специалисты лишь помогают Ему. И в этом — четвертое отличие церковной реабилитации: в центре процесса реабилитации — Господь Бог, являющий себя в Божественных энергиях, а не специалисты и не воспитанники.

**В центре — Господь.** В деятельности прихода или монастыря, в отличие от деятельности светских реабилитационных центров, работа с наркозависимыми людьми не является главной. Для церковной организации это всего лишь одна из форм социального служения. Данное обстоятельство способствует достижению важного для успешной реабилитации результата. Пагубной ошибкой наркозависимого является его упрямое желание думать, что жизнь вращается вокруг него. Сложность состоит не в том, чтобы понять это, а в том, чтобы с этим смириться. В центре приходской и монашеской жизни находятся Бог и богослужение, все иерархически выстраивается вокруг этого центра. Настоятель и монашеское или приходское братство не диктуют основные правила жизни, они не более, как служители. Законодателем и Хозяином является Бог. Так это и везде в мире, но мир не желает с этим согласиться, и потому увидит истинный центр жизни вне Церкви непросто. А в церковной общине такое положение вещей очевидно. Поскольку «подвинуться» надлежит не перед человеком, а перед Богом, и пред глазами молодого человека предстоит добрый пример подобных ему людей, сделавших этот шаг, то он, наконец, занимает свое настоящее место. Следствием является резкая перемена в его отношениях с окружающими, в первую очередь с собственными родителями. Человеку, сумевшему один раз поставить себя на подобающее ему мес-

<sup>12</sup> Методология социальной реабилитации в церковной общине/Игумен Мефодий (Кондратьев), Р.И. Прищенко, Е.Е. Рыдалевская. — М., 2013, с. 23.

<sup>13</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

<sup>14</sup> Христианство и религии мира. Учебное пособие. — М., 2008, с. 93.

то, вернуться к прежнему безумию почти невозможно. Это способствует коренному исправлению жизни наркозависимого — его уходу от наркотиков.

*(Методология социальной реабилитации в церковной общине, первая редакция).*

Помимо того, что Церковь — это лечебница и «корабль» нашего спасения, она еще и собрание людей, верных Христу, призванных к единству и полноте жизни во взаимной любви. «Спаситель благовествовал Своим последователям: «Я пришел для того, чтобы имели жизнь и имели с избытком» (Ин. 10, 10). Отличительным, видимым признаком новой благодатной жизни, являются любовь и забота друг о друге последователей Господа: «По тому узнают все, что вы Мои ученики, если будете иметь любовь между собою»<sup>15</sup>. Входя в этом собрание наркозависимый может приблизиться к этой любви, к этому единству и к этой полноте. Поэтому «в реабилитации, осуществляемой в Церкви, особое значение придается жизни реабилитантов среди членов церковной общины и, прежде всего, среди людей, освободившихся от наркотической зависимости и ставших членами общины»<sup>16</sup>. Бескорыстная человеческая любовь также является таинством, вводящим нас в любовь Божественную. Через это общение наркозависимый может познать Христа. Джон Пауэлл в своей книге «Почему я боюсь любить» пишет об этом так: «человеку необходимо приблизиться к человеческому участию и самоотдаче других людей, чтобы найти Бога, отдающего себя человеку»<sup>17</sup>. Наличие такого видимого признака в человеческом общении как евангельская любовь в процессе помощи можно назвать пятым отличием церковной реабилитации.

**Присутствие любви.** *Моя первая встреча с игуменом Мефодием (Кондратьевым), ныне епископом Каменским и Алапаевским (прим. автора), произошла в начале 2005 года на одном из церковных круглых столов по проблемам противодействия ВИЧ. Тот период моей жизни и профессиональной деятельности был периодом поиска подходов в реабилитации наркозависимых, построенных на православных принципах.*

*Я был заинтересован выступлением отца Мефодия, мы познакомились, разговорились. Через несколько месяцев у меня появилась возможность приехать к нему в гости на Свято-Георгиевский приход и воочию познакомиться с особенностями приходской реабилитации. В тот период там гостила и Елена Рыдалевская, исполнительный директор благотворительного фонда «Диакония», и мы втроем часто обсуждали вопросы помощи наркозависимым и различные подходы в этом направлении.*

*Я прожил на приходе около трех месяцев. С первого же дня меня не покидало впечатление, которое я для себя назвал «присутствием любви». Я в то время работал административным директором подмосковного реабилитационного центра, расположенного на православном приходе. Нам с коллегами удалось выстроить в общине железную дисциплину и невероятно строгие правила, но вот с «присутствием любви», как оказалось, был дефицит. Самым большим откровением для меня был тот факт, что этот дефицит был, прежде всего, внутри меня. В общем, осознание этого нового для меня переживания в реабилитационном пространстве монашеской приходской общины и его личный недостаток и стали теми факторами, которые в дальнейшем побуждали меня приезжать на Свято-Георгиевский приход снова и снова.*

*Приезжая, я привозил литературу о профессиональных методах и наиболее эффективных современных методах в реабилитации наркозависимых. Иногда отец Мефодий и братия просили меня поделиться профессиональным опытом и знаниями, иногда я консультировал воспитанников по разным проблемам. Я читал статьи отца Мефодия, наблюдал за общением братии с воспитанниками, знакомился с особенностями реабилитации на приходе, участвовал в реабилитационных мероприятиях. Одно из них, кинообсуждение, стало для меня настоящим откровением. До этого я не питал особого интереса к кино, но побывав несколько раз на просмотре и обсуждении фильмов вместе с братией и воспитанниками, я открыл для себя целый мир. Но самым важным было то, что каждый раз приезжая, я вновь и вновь соприкасался с «присутствием любви».*

*(Из воспоминаний автора).*

Богатство церковного пространства познается живым опытом вхождения в него и жизнь в нем через практику любви. Именно живым, потому что «церковная реабилитация предусматривает не механическое вхождение в Церковь, но поэтапное освоение азов духовной жизни и постепенное приобщение к участию в Таинствах Церкви»<sup>18</sup>. При этом Церковь может стать лечебницей и лоном спасения лишь в том случае, если больной, в нашем случае наркозависимый человек, будет использовать те «лекарства и рецепты», которые она дает, в первую очередь — Таинства, во вторую — общение с членами церковной общины в духе братской любви.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА И ПРОСТРАНСТВА ПОМОЩИ

Христос основал Церковь и заботится о ней, нам же нужно соблюдая его заповеди, следовать церковному Преданию, держаться церковных

<sup>15</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

<sup>16</sup> Там же.

<sup>17</sup> Пауэлл Д., свящ. Почему я боюсь любить? — М., 2008, с.12.

<sup>18</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

установлений и помогать страждущим входить в богатство Церкви ради исцеления и спасения. При этом «Церковь считает приоритетным развитие церковной системы реабилитации, включающей в себя, в том числе и оригинальные программы, направленные на предотвращение наркотической угрозы»<sup>19</sup>. В чем же тогда заключается наша роль как соразработчиков Божьих и о чем идет речь?

Мы уже упоминали о специфике в процессе помощи наркозависимым людям и их близким. Знание об этой специфике накапливалось в мировом опыте десятилетиями. Наша задача — использовать это знание, в том числе и для организации процесса и пространства помощи, дополняя благодатное богатство Церкви, но при этом следить за тем, чтобы включение реабилитационного процесса в жизнь церковной общины было *органичным*. Опыт показывает, что это возможно.

**Получилось...** Годы занятия этой деятельностью показали, что можно совместить реабилитацию с приходской жизнью. Более того, занятие реабилитацией не только не повредило духовной составляющей приходской жизни, но обогатило ее: борьба с властью наркотической зависимости над человеком потребовала актуализации всего духовного опыта служителей храма, напряжения душевных сил, собственного духовного роста. (Из воспоминаний священнослужителя)<sup>20</sup>.

Необходимо также *тщательно* исследовать накопленный опыт: «Помимо собственных оригинальных программ реабилитации наркозависимых Русская Православная Церковь допускает использование методик, заимствованных из опыта отечественной наркологии, форм и методов, разработанных в других странах, если они находятся в согласии с нравственными принципами, гарантирующими благо и достоинство человеческой личности»<sup>21</sup>.

Неправильно организованный процесс может навредить человеку. Результатом станет не только неприязненное отношение воспитанника к церковной жизни и всему, что с ней связано, но и нежелание разбираться со своей наркозависимостью. С другой стороны, невозможно качественно и эффективно помогать человеку, если процесс организован неправильно.

В «Методологии социальной реабилитации в церковной общине» в главе IV «Периоды церковной реабилитации» и главе VIII «Как положить начало» описывается в целом процесс церковной помощи наркозависимым и его перио-

ды, а также основные составляющие пространства помощи (кадровые ресурсы, материальная база и местная система поддержки) и возможные способы его организации. Мы кратко и выборочно изложим здесь эту информацию, но лишь для того, чтобы создать контекст для знакомства с важными принципами, правилами и нормами организации этого процесса в церковном пространстве, без применения которых говорить о качестве и эффективности помощи нельзя. Как мы упоминали выше в этой главе, процесс, о котором мы пишем, находится в стадии становления, а его отдельные компоненты в той или иной стадии создания, развития и усовершенствования.

**Периоды процесса помощи.** Помощь наркозависимым людям является достаточно сложным и протяженным во времени процессом. Зависимость от психоактивных веществ разрушает и человека, и его жизнь: страдает нравственная сфера, физическое и психическое здоровье, отношения с людьми, учеба, работа. Для решения проблемы зависимому человеку мало просто перестать употреблять психоактивные вещества — ему нужно обрести веру, научиться сохранять трезвость, восстановить здоровье, изменить мировоззрение, стать полноценным членом семьи и общества. Система помощи зависимым людям должна учитывать все эти моменты и включать в себя необходимые ресурсы для их решения.

Процесс помощи наркозависимому человеку можно условно разделить на четыре основных периода: *подготовительный* (медицинская помощь и мотивационная работа), *основной период*, *период ресоциализации* и *период постреабилитационной поддержки*. Почему условно? Потому что сроки прохождения и пребывания на каждом из периодов определяются для каждого воспитанника индивидуально в соответствии с его потребностями, а некоторые периоды могут и отсутствовать, опять же в силу индивидуальных причин. «Степень и сроки воцерковления и вовлечение в жизнь общины индивидуальны у каждого проходящего реабилитацию»<sup>22</sup>. На это могут также влиять и ресурсы конкретной общины, и ресурсы региона, и другие объективные особенности. Существуют и дополнительные компоненты процесса: *работа с близкими и координация*.

**Подготовительный период.** Этот период может длиться от 1 до 3 месяцев. По результатам первичного контакта наркозависимый может быть направлен в медучреждение для прохождения *детоксикации*<sup>23</sup>. Детоксикация про-

<sup>19</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

<sup>20</sup> Методология социальной реабилитации в церковной общине/Игумен Мефодий (Кондратьев), Р.И. Прищенко, Е.Е. Рыдалевская. — М., 2013, с. 50–51.

<sup>21</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

<sup>22</sup> Там же.

<sup>23</sup> Детоксикация (детокс) — здесь начальная стадия лечения зависимости от наркотиков, во время которой из организма выводятся продукты их распада. См. также словарь.



водится по рекомендациям врача (обычно это привлеченный специалист) при наличии физической зависимости и длится 7–10 дней, но иногда и дольше. В основном, она рекомендуется в случае сильного физического истощения или высокой суточной дозы ПАВ, а также при наличии тяжелых сопутствующих хронических заболеваний.

В подготовительный период входит также и *мотивационная работа* — в это время происходит сбор первичной информации: выясняется мотивация человека и его настрой на дальнейшее прохождение реабилитации, потребность в особых условиях реабилитации (например, наличие малолетнего ребенка), определяется ВИЧ-статус, а также предрасположенность к тому или иному виду реабилитации (религиозная или светская, долгосрочная или краткосрочная и т.д.). На основании собранной информации человеку рекомендуется прохождение реабилитации в каком-либо из реабилитационных центров. Продолжительность такой работы зависит от степени тяжести физического и психического состояния, уровня мотивации, уровня социальной устроенности человека и может составлять от 1 до 3 месяцев. Эта работа может проводиться амбулаторно или стационарно.

**Основной период, период реабилитации.** Этот период может длиться от 6 до 18 месяцев и больше. Человек попадает в церковную общину (приход, монастырь или организацию под патронажем церковной общины) и здесь его статус изменяется — он становится «*воспитанником*». Изменяется также и характер реабилитационного процесса — начинается *собственно реабилитация*. Она состоит из трех основных этапов, характеризуется четкой структурой, наличием множества конкретных практических задач и высоким уровнем дисциплины. Воспитанник разбирается с последствиями употребления ПАВ<sup>24</sup>, ищет основные причины, подтолкнувшие его к этому, устанавливает отношения с Богом и обретает и/или восстанавливает навыки социального поведения. Этот период также характеризуется высоким уровнем включенности и личной ответственности воспитанника за свое исцеление. На этом отрезке священник стоит в центре реабилитационного процесса. Ему помогают специалисты и волонтеры.

**Период ресоциализации.** Его протяженность во времени от 6 месяцев до 3 лет и более. *Ресоциализация* — это процесс постепенного ценностно-ориентированного вхождения в общество после периода основной реабилитации. Такой подход создает щадящие условия для вхождения в общество, так как первое время (от 6 месяцев до 1,5 лет) после основной реабилитации сопряжено с наиболее высоким уровнем стресса и

риском рецидива. Постепенность процесса социализации обеспечивается за счет проживания в специальной среде: домах на полпути, социальных гостиницах, адаптационных квартирах.

*Основные задачи* этого периода — помощь воспитаннику в контроле над проблемным поведением, улучшение навыков социального поведения, установление социальных отношений, помощь в трудоустройстве, приобретение финансовых навыков и развитие навыков самообслуживания. Параллельно воспитанник участвует в жизни приходской общины, которую ему помогают выбрать, группа выпускников и т.д. На этом отрезке в системе поддержки присутствуют священнослужители, специалисты, волонтеры, прихожане, бывшие выпускники, а родственники и близкие воспитанника начинают принимать все более активное участие в процессе исцеления.

После окончания периода ресоциализации реабилитационный процесс как таковой заканчивается (хотя процесс исцеления не закончится до конца жизни) и наступает период постреабилитационной поддержки.

#### **Период постреабилитационной поддержки.**

Этот период длится всю оставшуюся жизнь. Основными точками опоры в этот период могут быть семья, церковная община, группа выпускников. Но развитие системы поддержки — это творческий процесс и бывшему воспитаннику необходимо будет постоянно улучшать качество и содержание своей жизни. Он может планировать свою жизнь в соответствии с Божьим замыслом о нем и своими способностями: служение, различные виды творчества и досуга, постоянное образование, труд и многое, многое другое. Священнослужители, специалисты, бывшие воспитанники и прихожане в этот период продолжают оставаться в жизни человека, помогают ему сверять ориентиры жизненного пути и поддерживают в трудных жизненных ситуациях.

**Работа с близкими.** Чаше всего проблема наркотизации человека — это не только его личная проблема, но и проблема всей его семьи. Не случайно наркоманию называют «*семейной*» болезнью. Работа с родственниками проводится на протяжении всего процесса помощи.

При поступлении родственника на реабилитацию важно помочь семье с помощью специалистов преодолеть состояние созависимости, решить те семейные проблемы, которые провоцируют одного из членов семейства на наркотизацию. В отдельных случаях, когда становится очевидным, что проблемы, толкающие человека к наркотикам, самой семьей преодолены быть не могут, ему может быть рекомендовано по окончании реабилитации жить отдельно от семьи, иногда на значительном расстоянии.

<sup>24</sup> ПАВ — психоактивные вещества.

**Координация.** «Для того чтобы вывести наркозависимого в устойчивую ремиссию, требуется (...) комплексная помощь специалистов: медиков, психологов, социальных работников и священнослужителей», — подчеркивается в документе «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых»<sup>25</sup>. Помимо этого, для обеспечения процесса помощи необходимо взаимодействие множества различных структур. Очевидно, что для эффективного выстраивания процесса необходима его координация. Координация затрагивает не только общецерковный уровень, но и уровень взаимодействия с государством, а также с общественными организациями. Координация охватывает целиком весь процесс помощи и на общецерковном уровне осуществляется Координационным центром по противодействию наркомании Отдела по церковной благотворительности и социальному служению.

Для обеспечения процесса помощи необходимы являются также *подготовка сотрудников и добровольцев, поиск материальных и финансовых средств*. Более подробную информацию об этом можно найти в «Методологии социальной реабилитации в церковной общине»<sup>26</sup>.

**Принципы организации реабилитационного процесса.** Как мы знаем существуют три основных принципа понимания процесса церковной реабилитации, изложенные в документе «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых»:

1. Реабилитация в Церкви есть, в первую очередь, результат действия Божественной благодати, являемой во всей полноте церковной жизни.

2. Включение реабилитационного процесса в жизнь церковной общины.

3. Компетентность (профессионализм) членов церковной общины, участвующих в реабилитации.

Можно выделить также и ряд *второстепенных принципов*, более предметно раскрывающих и дополняющих понимание сути процесса помощи наркозависимым людям и их близким. Выше мы вкратце рассмотрели основные отличительные особенности церковного пространства помощи и подчеркнули, что в это пространство включается реабилитационный процесс в соответствии со вторым принципом понимания церковной реабилитации. Но что есть реабилитационный процесс с точки зрения компетентности как третьего принципа понимания церковной реабилитации? Чтобы понять это, необходимо познакомиться с его ключевыми поло-

жениями. В основном они раскрывают вопросы, связанные с целями, содержанием, технологиями взаимодействия и организации, а также командой помогающих. Здесь эти положения приводятся по «Руководству по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ»<sup>27</sup> в авторской переработке с комментариями. В какой-то степени в этих положениях по-новому раскрывается, отражается и структурируется содержание наших предыдущих размышлений и бесед.

**Главной составляющей процесса помощи является общая духовно-нравственная основа, что обеспечивает выработку и закрепление у воспитанников христианских ценностных ориентаций.** Это положение является дополнением ко второму принципу церковной реабилитации. Повседневная практическая жизнь в свете церковного Предания, евангельских ценностей и православных культурных традиций позволяют воспитанникам не только декларировать необходимость выработки христианских ценностных ориентаций и личностно-социальных норм, регулирующих поведение, но и опытно познавать их, личностно понимая и переживая их смысл. Наличие и реализация этого положения оказывает решающее значение на качество ремиссии и дальнейшей жизни воспитанников. «Показателем успеха реабилитации с точки зрения Церкви наряду с устойчивой ремиссией зависимого является сформировавшаяся христианская ценностная мотивация в повседневной жизни»<sup>28</sup>.

**Целями процесса помощи являются необходимость изменения поведения и образа жизни в целом, достижение личностного развития человека, оздоровление окружающей его социальной среды, в первую очередь — семьи, а также членов церковной общины.** Это правило фокусирует внимание на важных целях процесса помощи. Выше мы упоминали о целях помощи. Здесь можно добавить, что цели имеют духовный и психофизический уровень.

На духовном уровне вышеозначенные цели достигаются:

- через восстановление отношений с Богом, что подразумевает обретение веры, покаяние и принятие Крещения (если воспитанник не был крещен прежде);
- следование за Христом, что связано с жизнью по Евангельским заповедям, благодаря чему происходит очищение, освящение и просвещение человека;
- и воцерковление, как процесс не просто оздоровления социального окружения, но обретения иного жизненного пространства в лице Церкви и конкретной церковной общины,

<sup>25</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

<sup>26</sup> Методология социальной реабилитации в церковной общине/Игумен Мефодий (Кондратьев), Р.И. Прищенко, Е.Е. Рыдалевская. — М., 2013, с. 52–56.

<sup>27</sup> Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Под редакцией Валентика Ю.В. и Сироты Н.А. — М., 2002.

<sup>28</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

пространства благодати и любви, пространства, соединяющего Земное и Небесное.

В совокупности усилия по достижению этих целей являются личным вкладом человека в спасение своей души и готовят его к вечной жизни (но спасает при этом Бог).

На психофизическом уровне достижение упомянутых целей связано с необходимостью восстановления и дальнейшего развития физического, психического и социального статуса. Это подразумевает бережное и доброжелательное отношение к своему телу как к «храму», по слову апостола Павла: «*Не знаете ли, что тела ваши суть храм живущего в вас Святаго Духа, Которого имеете вы от Бога, и вы не свои?»* (Кор. 6, 19). Сюда же относится и развитие познавательных, эмоциональных и поведенческих навыков, таких как умение думать, оценивать социальные и индивидуальные ситуации и перспективы, принимать решения и решать проблемные ситуации, ставить краткосрочные и перспективные цели, планировать свою жизнь, осознание своих эмоций, понимания их причин и умения управлять ими, восстановление и построение новых межличностных связей (в первую очередь в семье), наполнение их смыслом и истинным содержанием, создание собственной здоровой системы поддержки и др.

Семья подопечного является важнейшей частью процесса помощи и включается в него в меру своих возможностей. Это также подчеркивается и в документе «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых»: «*Наркомания — это проблема не только отдельного человека, но и его близких. Зачастую наркомания является следствием разобщенности членов семьи, нарушения эмоциональных связей, пренебрежения важнейшими основами семейной жизни, такими как взаимное уважение, забота, любовь и верность. В то же время, члены семьи наркомана, как правило, сами становятся созависимыми, приспособляясь к патологической деформации в межличностных отношениях, и нуждаются в помощи специалистов»*<sup>29</sup>.

Тема развития и изменения помогающего проходит красной нитью через все раскрываемые темы. О ее значимости мы неоднократно упоминали на страницах книги.

**Реабилитационный процесс — процесс совместной деятельности воспитанника и членов общины.** Ранее мы уже обсуждали вопрос ответственности помогающего и ищущего помощи и подчеркивали, что ответственность — принадлежность всех участников процесса помощи. «*Господь, Целитель душевных и телесных недугов, силой Своей освобождает плененного наркозависимостью в ответ на его усилия и желание, в ответ на сотрудничество с Ним Его служителей,*

*осуществляющих милосердную помощь больному»*, — так звучит комментарий к первому принципу церковного понимания помощи наркозависимому человеку<sup>30</sup>. Из этого комментария видно, что в процессе участвуют Бог, сотрудники и наркозависимый, а взаимодействие с подопечным строится не как с пассивным «получателем» поддержки и обучения, а как с активным участником процесса, несущим полную ответственность за свое восстановление. В основе этого правила лежит уже упомянутый нами принцип синергии, означающий «*сознательное сотрудничество, сотрудничество личностей в достижении общей цели*».

Благодаря соблюдению этого правила запускается процесс восстановления полноценных взаимосвязей (прежде разрушенных или сильно поврежденных) воспитанника и Бога, воспитанника и социальной среды церковной общины. Это правило — золотая середина между двумя крайностями: формальным подходом «врач—пациент», в котором ищущий помощи занимает позицию «*лечите меня!*» и подходом, основанным на самосовершенствовании, — «*человек, спаси себя сам!*».

**Процесс помощи направлен на развитие у воспитанника личной жизненной позиции и внутреннего контроля над своим поведением.** Применение этого правила приводит воспитанника к пониманию того, что он несет ответственность за собственный выбор и принимаемые решения, что в целом определяет его будущее как в этой жизни, так и в вечности. Воспитаннику необходимо восстановить контакт с самим собой, научиться противостоять воле внешних и внутренних импульсов, воле обстоятельств, преодолеть конформизм<sup>31</sup>, сформировать разумные личные границы, научиться воплощать в жизни евангельские заповеди. Православная аскетическая традиция имеет в своем арсенале множество деланий для достижения этих целей, применение которых через послушание, самоограничение и тренировку воли помогает воспитаннику следовать по пути правильного понимания и восстановления утраченной свободы, развития преобладания личностного начала над природным. В применении к особенностям зависимости это дает возможность преодолевать влечение к наркотику, противостоять давлению старого наркотизирующегося или криминального окружения.

Со стороны членов общины содействие в развитии таких качеств воспитанника достигается через особое отношение, о даровании которого оптинские старцы молили Господа: «*...научи меня прямо и разумно поступать с каждым человеком, никого не смущая и не огорчая*». Его еще можно назвать золотой серединой между прав-

<sup>29</sup> Документ «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых». — М., 2012.

<sup>30</sup> Там же.

<sup>31</sup> Конформизм (от позднелат. *conformis* — «подобный», «сообразный») — изменение поведения или убеждений в ответ на социальное давление или влияние. Здесь, отсутствие собственной позиции, мнения.

*дой без любви и любовью без правды.* Выше мы упоминали о составляющих такого отношения, используя термины *ассертивности конфронтация*.

Выражаться такое содействие может через обратную связь. Ее основная цель — помочь воспитаннику увидеть себя и свое поведение в «зеркале» членов общины, так как любое изменение в поведении следует за осознанием его неэффективности или проблематичности. На *информационном* уровне обратная связь сопровождается информацией о тех впечатлениях и эффектах, которые возникают у членов общины от взаимодействия с воспитанником, на *личностном* — утешением и поддержкой, вдохновением и личным примером, а на *духовном* — критической оценкой нравственной сути поведения в конкретной ситуации (предпочтительно, чтобы этот вид оценки давался со стороны священнослужителей, лучше — духовника) и молитвенной поддержкой всеми членами общины. Очень важно, чтобы воспитанник правильно понимал обратную связь, — а именно, как поддержку в преодолении встречающихся проблем. В этом случае он может максимально полно использовать ее для дальнейшего духовного и личностного роста и развития.

***Важнейшей составляющей процесса помощи является постоянное формирование мотивации<sup>32</sup> на позитивные изменения.*** Ранее мы писали, что формирование мотивации является частью процесса обучения воспитанника и является необходимым навыком для помогающего. Процесс формирования и укрепления мотивации является базовым в процессе помощи. Для процесса выздоровления необходимы не только желание самого воспитанника, но и сформированная мотивация, которая является осознанной необходимостью и определяет его стремление к выздоровлению. Однако это стремление должно быть осмысленным и продуманным. При этом ответственность за его постоянное и неуклонное развитие несут как команда помогающих, так и подопечный, поскольку мотивационная готовность к позитивным изменениям может быть сформулирована только самим подопечным, так же, как и осуществлена реализация этих изменений.

Мотивация — не раз и навсегда сформированная позиция. Мотивационная составляющая постоянно развивается и меняется. Приход наркозависимого на консультацию еще не означает мотивацию на прекращение употребления наркотиков, его согласие пройти реабилитацию еще не означает мотивацию на преодоление зависимости, работу с влечением к наркотику и отрицанием проблем и так далее.

<sup>32</sup> Мотивация (от лат. *movere*) — побуждение к действию; динамический процесс психофизиологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Необходимо уже на первой встрече оценить степень мотивированности, или другими словами, готовности и желания наркозависимого идти или не идти по пути решения проблем, связанных с наркотиками. Это необходимо по той простой причине, что от этого зависит сам ход развития взаимодействия в процессе помощи. Помогающий может столкнуться с явным отсутствием внутренней мотивации у наркозависимого или, что почти тоже самое, с внешним побуждением со стороны близких или значимых вовлеченных людей в круг проблемы. В этом случае наркозависимый в данный момент по разным причинам не собирается отказываться от употребления наркотиков или проявляет вынужденное согласие на отказ под воздействием внешних причин, коими могут быть давление родственников или правоохранительных органов, невозможность употреблять из-за плохого состояния здоровья, высокая доза и как следствие повышенный риск передозировки и т.д.

Может быть и так, что у наркозависимого сформировалась противоречивая мотивация, т.е. он видит как плюсы, так и минусы употребления, размышляет о реальных болезненных последствиях, возможно осознает, что находится из-за употребления в жизненном кризисе, но решения о совершении конкретных действий по решению проблемы еще не принял.

В лучшем случае на консультацию приходит наркозависимый с внутренней мотивацией, которая позволяет начать осознанное воздержание от употребления наркотиков, признать наличие серьезной проблемы зависимости и следовать рекомендациям по решению этой проблемы.

Понимая уровень мотивации наркозависимого помогающий может более эффективно выстраивать взаимодействие с наркозависимыми: маломотивированных побуждать к размышлениям об отказе от употребления ПАВ и изменении образа жизни, тем, у кого противоречивая мотивация оказывать помощь в принятии решения, ну а тем, у кого есть внутренняя мотивация помогать всесторонне осознавать проблему и реализовывать необходимость участия в длительном реабилитационном процессе для достижения устойчивых изменений.

***Реабилитационный процесс проводится в форме групповой работы и при этом сочетается с индивидуальным подходом к каждому воспитаннику.*** Выше мы неоднократно упоминали о важности принципа общинности, соборности в помощи наркозависимым людям и их близким, который заключается и во включенности самого реабилитационного процесса в жизнь церковной общины и в особой организации этого процесса и пространства, в котором он протекает. Этот принцип, однако не исключает индивидуального подхода к каждому воспитаннику с учетом его индивидуальных особенностей, различий и потребностей, что, в свою очередь, определяет продолжительность и содержание этапов восстановления. Все

это означает, необходимость гармоничного сочетания терапии средой и индивидуальной работы. На основе этого плавно формулируется следующий принцип организации процесса помощи.

**Процесс помощи строится с учетом жизненной ситуации подопечного и его социальной сети (его семьи, значимых близких и иного социального окружения).** Процесс планируется для каждого подопечного индивидуально, учитывая его индивидуальные ресурсы, которые им могут быть успешно использованы и его проблемы, которые должны быть разрешены в процессе помощи. Что можно отнести к ресурсам воспитанника? Это знания, возможности и способности человека, его система отношений с собой, наличие либо отсутствие семейных связей, характер взаимоотношений и проблем внутри семьи, со значимыми людьми и иным социальным окружением, включая проблемы с законом.

С учетом всех факторов члены общины совместно с подопечным разрабатывают индивидуальный план восстановления, которому он следует на протяжении всего процесса помощи и после его окончания. При этом строго соблюдается принцип *конфиденциальности* — неразглашения информации о подопечном, его ресурсах и проблемах.

**Процесс помощи является четко структурированным по времени, по форме и по содержанию.** Процесс совместной деятельности помогающих и подопечных должен быть понят и осознан и теми и другими. Поэтому вместе с подопечными членам общины необходимо постоянно обсуждать цели и задачи реабилитационного процесса, а также пути и способы их достижения. Это дает возможность увидеть «карту» пути выздоровления. Необходимо иметь конкретные правила в общине, распорядок дня и недели, конкретные формы работы, четко разделять этапы реабилитационного процесса. При этом важно, чтобы «внешнее переходило во внутреннее», другими словами, чтобы структура времени и пространства (нормы, правила, режим, дисциплина и т.д.) усваивались и становились внутренними навыками воспитанника, которые он сможет применять во взаимодействии с окружающей средой и творчески реализовывать. В какой-то момент воспитанник должен осознать, что «дисциплина для человека, а не человек для дисциплины». В целом такой подход закладывает предпосылки для обучения воспитанника жизни в миру. Более подробно с возможным содержанием структуры процесса можно ознакомиться в «Методологии социальной реабилитации в церковной общине» в главах IV, V, VI, VIII.

**На определенном этапе выздоровления, воспитанники вовлекаются в реабилитационных процесс как члены общины, выступая в качестве примера (модели) для остальных воспитанников.** Это касается воспитанников, успешно преодолева-

ющих сложности выздоровления. Их личный бесценный опыт преодоления зависимости может стать для начинающих подопечных вдохновляющим и мотивирующим фактором, ведь «кто сам был искушен, может и искушаемым помочь».

Однако при реализации этого правила важно, чтобы были соблюдены некоторые условия при отборе таких воспитанников:

- они должны быть не ригидными<sup>33</sup> и авторитарными, а поддерживающими, обладающими высоким уровнем внутреннего контроля и создающими атмосферу взаимной заботы;

- ответственность и полномочия «старшего» брата или члена команды специалистов воспитанник может получить только в случае продолжительной стойкой трезвости, после соответствующей подготовки и отбора.

Важность соблюдения этих условий связана с высоким уровнем ответственности в процессе помощи, ведь речь идет о живых людях. Поэтому личностный и квалификационный уровень таких воспитанников должен быть соответствующим.

**Важным компонентом процесса помощи является профилактика рецидивов зависимого поведения, которая включает работу не только с самим воспитанником, но и с его окружением.** Есть данные исследований, которые показывают, что первые несколько месяцев жизни в социуме после прохождения основного курса реабилитации сопряжены с наиболее высоким уровнем стресса и риском рецидива. Поэтому получение знаний и выработка навыков для предупреждения возврата к употреблению наркотиков и успешного преодоления искушений — важная часть процесса помощи. Опыт наблюдений за воспитанниками показывает, что некоторые, особенно в первые месяцы после реабилитации, срываются, то есть употребляют наркотики: у кого-то срыв — всего лишь эпизодическое употребление, у кого-то — многократное, а кто-то полностью и устойчиво возвращается к прежнему зависимому образу жизни. Поэтому помимо профилактики также важно и освоение знаний и навыков, связанных с восстановлением после, так называемого «мокрого» срыва.

И профилактика, и восстановление направлены на выработку умений осознания и преодоления предвестников рецидива, снижения уровня стресса, использование внутренних и внешних ресурсов, повышение знаний о природе рецидива. Учитывая, что большинство возвратов к употреблению происходит из-за проблем в семье, особую значимость приобретает работа с близким окружением. Она заключается в умелом формировании собственной системы социальной поддержки и здоровых форм взаимоотношений, основанных на евангельских принципах.

<sup>33</sup> Ригидность (лат. rigidus — жесткий, твердый) — жесткость, твердость. Здесь как индивидуальное качество человека.

Окончание следует.



# Четвертая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕЕСААС 2014)

*12–13 мая 2014 г. в Москве проходила Четвертая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕЕСААС 2014). ЕЕСААС 2014 – это крупнейшее мероприятие за последние пять лет по данной проблеме, проводимое в регионе ВЕЦА.*

В церемонии открытия конференции приняли участие первый заместитель председателя правительства Игорь Шувалов, министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, заместитель Генерального секретаря ООН, исполнительный директор Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) Мишель Сидибе, председатель Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека Михаил Федотов, заместитель министра иностранных дел Григорий Карасин, сопредседатель конференции, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова, заместитель директора ФСКН России Николай Цветков, директор Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения Жужанна Якаб, специальный посланник Генерального секретаря ООН по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии, заместитель председателя Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации Сергей Железняк, а также представители Всемирной организации здравоохранения, других агентств ООН, организаций гражданского общества и людей, живущих с ВИЧ.

## **Приветственное письмо Д.А. Медведева участникам Четвертой конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии**

Приветствую вас на Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа, которая четвертый раз проходит в Москве.

В ней по традиции принимают участие ученые и медицинские работники, эксперты, организаторы здравоохранения, представители органов власти и неправительственных организаций из более 40 стран мира. На повестке дня – распространение ВИЧ-инфекции, которая более тридцати лет является серьезной угрозой для человечества.

Россия последовательно ведет борьбу с этой проблемой на национальном уровне, а также совместно с ООН оказывает помощь другим государствам, в первую очередь – участникам СНГ. Благодаря такому тесному взаимодействию в Восточной Европе и Центральной Азии расширяются программы профилактики, более доступной становится лечение и медико-социальная поддержка людей, пораженных вирусом иммунодефицита. Важно продолжать эту работу. Активнее внедрять современные медицинские методики и технологии. И, конечно, укреплять международное сотрудничество ради высокой гуманной цели – защиты здоровья людей и заботы о тех, кто страдает этой болезнью.

Уверен, что на вашем авторитетном форуме состоятся интересные дискуссии, обмен мнениями и новыми знаниями. А рекомендации участников конференции будут востребованы на практике.

Желаю вам успехов и всего самого доброго.

*Д. Медведев*

В течение двух дней на Международной конференции выступали лучшие эксперты по проблемам ВИЧ/СПИДа как из региона Восточной Европы и Центральной Азии, так и специалисты из других регионов.

В рамках конференции проходили пленарные заседания с участием ведущих экспертов и официальных лиц, параллельные сессии по направлениям «Наука и медицина», «Содействие международному развитию», «Гражданское общество», а также сателлитные мероприятия, семинары и презентация постеров. Работала тематическая выставка и молодежная площадка.

ЕЕСААС 2014 собрала более 1300 делегатов из 44 стран мира.

Более 90 докладов только в научных сессиях, дополненные всесторонней дискуссией общественных организаций, десятками семинаров и

сателлитов свидетельствуют о востребованности конференции как единственного в данном регионе русскоязычного форума, посвященного проблеме ВИЧ.

Особый интерес участников конференции вызвала дискуссия о новых подходах к профилактике ВИЧ-инфекции. На второй пленарной сессии руководитель департамента глобального здравоохранения медицинского центра университета Амстердама проф. Йоб Ланге привел данные, в соответствии с которыми увеличение охвата пациентов АРВТ на 10% уменьшает частоту передачи ВИЧ в популяции на 17%. Отсутствие эффективности стратегии «Лечение как профилактика», согласно данным Ланге, в основном связано с поздним выявлением ВИЧ-позитивных лиц.

Директор Санкт-Петербургского Института общественного здравоохранения С.Л. Плавинский посвятил свой доклад доказательству того, что программы комплексной профилактики приводят к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Директор Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (ФНМЦ СПИД) академик РАМН В.В. Покровский в своем выступлении на заключительной сессии отметил, что дискуссии относительно различных стратегий профилактики, в том числе и среди представителей уязвимых групп, должны быть продолжены, и данных, свидетельствующих об их эффективности для профилактики

передачи ВИЧ, недостаточно для принятия политических решений, поскольку должны быть в полной мере оценены все другие последствия этих программ. Так, например, при принятии решения о внедрении программ для потребителей инъекционных наркотиков необходимо учитывать мнения наркологов.

Сессия по эпидемиологическому надзору в регионе показала, что в то время, как в ряде стран региона (Армения, Беларусь) эпидемия носит концентрированный характер, в России, как убедительно показала в своем докладе старший научный сотрудник ФНМЦ СПИД Н.Н. Ладная, эпидемия выходит из уязвимых групп в общие слои населения. Проведенный ФНМЦ СПИД триангуляционный анализ выявил наиболее неблагополучные регионы страны и указал на не вполне верный расход средств при проведении профилактических мероприятий. Профилактические мероприятия должны все больше ориентироваться на общее население и, особенно, женщин. Схожие тенденции развития эпидемии характерны и для Казахстана. Заведующая эпидемиологическим отделом Казахстанского СПИД-центра Л.Ю. Ганина привела данные о том, что в Казахстане в последнее время идет активизация полового пути передачи и выход инфекции из уязвимых групп населения, а также отмечается «старение» ВИЧ-инфекции. Это говорит о том, что подходы к профилактике, эпидемиологическому надзору и лечению должны меняться.





Несколько сессий конференции были посвящены лечению ВИЧ-инфекции. Руководитель департамента по лечению ВИЧ-инфекции ВОЗ Мег Дойрты отметила, что главными задачами европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу до 2015 года является повышение до 95% охвата скринингом уязвимых групп населения и лечение всех ВИЧ-инфицированных с уровнем CD4-клеток менее 350. В новом Руководстве ВОЗ по использованию АРВ-препаратов значительно расширен круг ВИЧ-позитивных лиц, которым рекомендовано ранее начало терапии.

Старший научный сотрудник ФНМЦ СПИД России В.Г. Канестри в своем докладе, анализируя возможность излечения ВИЧ-инфекции, показала, что препараты новых классов сейчас могут обеспечить эффективным лечением пациентов с лекарственной устойчивостью и в будущем способствовать излечению от ВИЧ.

В свою очередь Специальный посланник Генерального секретаря ООН по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии проф. Мишель Казачкин отстаивал точку зрения, что, несмотря на данные, что АРВТ снижает передачу ВИЧ, странам нельзя отказываться от программ профилактики среди населения и уязвимых групп.

Успех антиретровирусной терапии во многом зависит от приверженности лечению. Вокруг этой темы развернулась дискуссия. По данным врача-инфекциониста Армянского республиканского СПИД-центра К. Алоян, самая частая причина смены АРВ-терапии — побочные эффекты. Старший научный сотрудник ФНМЦ СПИД России В.И. Шахгильдян утверждал, что чем проще режим терапии, тем выше приверженность. Шахгильдян считает, что ответственность за недостаточное соблюдение режима лечения с больным разделяет врач. Ведущий научный сотрудник ФНМЦ СПИД России В.В. Коннонов в своем докладе показал, что ведущее место среди рисков нарушения приверженности к АРВТ занимают психосоциальные факторы. Представитель Латвии А. Молоковскис обратил внимание на взаимосвязь между психическим здоровьем и ВИЧ. Особое внимание врачам, по мнению Молоковскиса, необходимо уделять пациентам с

депрессией, так как для них уход с терапии — один из наиболее распространенных рисков.

Обсуждения перспектив разработки специфических средств иммунопрофилактики ВИЧ-инфекции показали, что Россия продолжает оставаться активным участником Глобальной инициативы по разработке вакцины против ВИЧ. Так ведущий научный сотрудник Института вирусологии им. Д.И. Ивановского М.Г. Исагулянц представила концепцию отечественной вакцины, в которой антиретровирусная терапия дополняется терапевтической иммунизацией для предотвращения развития резистентных штаммов ВИЧ.

На конференции были представлены результаты I фазы клинических испытаний отечественной вакцины против ВИЧ «КомбиВИЧвак». Руководитель исследовательской группы, ведущая лабораторией ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» Л.И. Карпенко в своем докладе показала, что вакцина «КомбиВИЧвак» безопасна и вызывает формирование иммунного ответа.

Охват нуждающихся в АРТ связан с ее доступностью и, в немалой степени, с ценами на лекарства. Как отметил в своем выступлении на первой пленарной сессии советник Президиума Российской академии наук академик РАН С.И. Колесников, для того, чтобы соответствовать новым Рекомендациям ВОЗ по лечению, России необходимо увеличить в 3–5 раз финансирование направления по лечению ВИЧ. В настоящее время в нашей стране проводятся работы по замещению импортных лекарств. Их цель — к 2020 году выйти на 50% замещение импортных препаратов.

В рамках конференции состоялась специальная сессия высокого уровня «Опыт стран БРИКС в преодолении эпидемии ВИЧ/СПИДа: доступность лекарственных средств». Сессия прошла под председательством академика РАН Г.Г. Онищенко и посла по особым поручениям Министерства иностранных дел Российской Федерации, су-шерпы от российской стороны в БРИКС В.Б. Лукова. В сессии также приняли участие исполнительный директор Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу Мишель





Сидибе, руководитель отдела международных отношений департамента по вопросам ВИЧ и вирусных гепатитов Министерства здравоохранения Бразилии Кристина Рапозу и специальный докладчик ООН по вопросу о праве человека на наивысший уровень психического и физического здоровья Ананд Гровер. Участники обменялись опытом локализации производства лекарственных препаратов и обеспечения фармацевтической независимости государств от импорта лекарственных средств. Данная тема могла бы стать одним из приоритетов предстоящего председательства России в БРИКС в 2015 году.

Специальная сессия конференции была посвящена интеграции программ профилактики и лечения социально-значимых заболеваний Республики Крым в систему здравоохранения Российской Федерации. В сессии приняли участие помощник министра здравоохранения России Т.В. Клименко, начальник Управления эпидемиологического надзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Е.Б. Ежлова, заместитель директора ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России А.А. Козлов, первый заместитель министра здравоохранения Республики Крым Т.А. Мусаев. На сессии было отмечено, что специалистами Роспотребнадзора проведена дополнительная оценка эпидемиологической ситуации по инфекционным болезням в Республике Крым, определены эпидемиологические риски осложнения ситуации, дана оценка организации вакцинопрофилактики, возможностей «холодовой цепи», материально-технической базы лабораторной сети по индикации возбудителей инфекционных болезней, включая

ВИЧ-инфекцию. Подготовлены соответствующие предложения в органы исполнительной власти региона и составлены планы первоочередных мероприятий по указанным направлениям.

На Конференции Роспотребнадзором совместно с Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу, состоялась встреча руководителя Роспотребнадзора А.Ю. Поповой с представителями некоммерческих организаций и объединений (НКО), осуществляющих свою деятельность в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом в регионе.

В ходе переговоров стороны обсудили широкий круг вопросов, охватывающих различные аспекты профилактики, лечения и борьбы с ВИЧ-инфекцией, а также возможные шаги по совершенствованию законодательства Российской Федерации с целью соблюдения прав людей, живущих с ВИЧ.

В заключение стороны признали необходимость регулярного диалога между представителями федеральных органов исполнительной власти, научного сообщества, фармацевтических компаний и объединениями людей, живущих с ВИЧ, с целью повышения информированности населения как о самом заболевании, так и о существующих программах и мерах, принимаемых государством, по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Закрывая Конференцию, академик Г.Г. Онищенко резюмировал: «Действительно, уже сделано много, но я прошу вас покинуть этот зал с чувством неудовлетворенности и пониманием того, что предстоит сделать еще больше для предупреждения распространения этого заболевания в регионе!».



**Выступление исполнительного директора  
Объединенной программы ООН  
по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)  
Мишеля Сидибэ**

Уважаемые сопредседатели, др. Онищенко, др. Попова, дорогие коллеги и друзья!

Я имею честь быть сегодня в Москве и открывать эту важную конференцию вместе с моими уважаемыми сопредседателями, представителями гражданского общества и людьми, живущими с ВИЧ в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

Я рад присоединиться к первому заместителю премьер-министра Российской Федерации Игорю Шувалову и министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой, которые являются самыми высокими официальными лицами правительства Российской Федерации, когда-либо выступавшими на Региональной конференции по СПИДу.

Присутствие ключевых лидеров, представителей гражданского общества и партнеров является мощным сигналом о том, что это не просто конференция, но важный момент для осознания особенного переломного периода, в котором мы находимся. Эта конференция исключительно своевременна: осталось всего 600 дней до срока достижения Целей развития тысячелетия. Настало время подвести итоги. Эта Конференция – исключительная возможность для открытого и открытого диалога.

Мы здесь не для того, чтобы сожалеть о том, что не сделано. Мы здесь для того, чтобы формировать будущее региона Восточной Европы и Центральной Азии – будущее с нулем новых случаев ВИЧ-инфекции, нулем дискриминации и нулем смертей вследствие СПИДа.

Этот регион известен своими страстными революциями. Нам нужна революция в сфере профилактики ВИЧ. Комбинированная профилактика, включая лечение ВИЧ, должна быть центром наших ответных мер.

Когда мы смотрим на ситуацию в мире, нас удивляет и вдохновляет глобальный прогресс в борьбе со СПИДом. Мы изменили траекторию новых ВИЧ-инфекций. Мы обеспечили лечени-



ем 12 млн человек. Смертность от СПИДа сокращается. Мы достигли беспрецедентного прогресса на пути к полной ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку к 2015 году и сохранению жизни их матерей.

Ответ на ВИЧ кардинально изменил парадигму мировой торговли и Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (TRIPS), чтобы сделать дженерики общественным достоянием. Противодействие ВИЧ привело к тому, что дорогостоящие лекарства, спасающие жизни, стали доступными бедным людям.

Всего десятилетие назад стоимость лечения была 10 тыс. долларов США на человека в год и пациенты должны были принимать по 15 таблеток в день. Сегодня комбинированные препараты фиксированной дозы существуют по цене менее чем 100 долларов на пациента в год в одной таблетке. Этот прогресс вместе с прорывами в науке дает нам надежду на то, что мы увидим окончание эпохи СПИДа.

В тот момент, когда мир впервые заговорил об окончании эпохи СПИДа, наша Конференция должна иметь мужество ответить на несколько сложных вопросов, которые я задавал себе по пути в Москву.

1. После стольких лет усилий и серьезных финансовых инвестиций со стороны правительств и партнеров почему в регионе Восточной Европы и Центральной Азии продолжается такой пугающий рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа, когда мы видим снижение в других частях мира, например, в Африке и Азии?

2. Почему потребители инъекционных наркотиков по-прежнему сталкиваются с барьерами в доступе к профилактике и лечению, в то время как они являются основной группой населения, затронутой СПИДом?

3. Почему в этом регионе только 30% людей, нуждающихся в лечении, получают его? Если рассчитывать по новым протоколам ВОЗ, эта цифра падает до 16%, в то время как в Западной Европе уже обеспечен всеобщий доступ?

4. Почему стоимость первой линии курса лечения в России превышает 2500 долларов США, в то время как другие страны БРИКС платят меньше 100 долларов за препараты, которые производятся внутри страны?

5. И почему Россия – единственная страна в Большой Двдцатке и БРИКс, где эпидемия ВИЧ продолжает расти?

Я знаю, что это сложные вопросы. Но мы не можем быть здесь, в Москве, и не говорить о них.

Позвольте мне поделиться своими мыслями по некоторым из ключевых вопросов и возможными путями для их решения в этом регионе.

Данные показывают, что тревожный рост числа новых инфекций в этом регионе обуслов-

лен употреблением инъекционных наркотиков. Никогда в истории не было такой концентрированной, растущей и серьезной эпидемии ВИЧ в среде сообществ, имеющих барьеры в доступе к основным услугам по профилактике и лечению. Если правительства хотят предотвратить заражение и смерти, они должны сделать так, чтобы с людьми, употребляющими инъекционные наркотики, не обращались как с преступниками.

Инъекционное употребление наркотиков — это болезнь, и эти люди нуждаются в услугах по профилактике, лечению, уходу и поддержке. Я только что вернулся из Китая, где встречался с вице-премьером и обсуждал успехи этой страны в профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков.

Несколько лет назад в Китае был нулевой уровень терпимости к употреблению наркотиков, эпидемия ВИЧ быстро распространялась в среде этой категории населения. Сегодня в Китае реализуется одна из самых больших программ метадонной заместительной терапии в мире. За шесть лет в программу было включено более 385 тыс. пациентов в почти 800 клиниках. Сегодня число новых ВИЧ-инфекций среди пациентов, получающих метадон, приближается к нулю. Данные из Китая ясно показывают, что программы снижения вреда и заместительная терапия являются научно обоснованными и спасающими жизни.

В 2014 году у региона Восточной Европы и Центральной Азии есть две неотложные задачи: обеспечить доступ для потребителей инъекционных наркотиков к чистому инъекционному инструментарию; использовать научно обоснованные и доказательные методы лечения наркозависимости, в частности, с помощью метадона, стоимость которого всего 85 долларов в год. Эти вмешательства необходимы для того, чтобы избежать дорогостоящую эпидемию ВИЧ и гепатита С.

Это уже делается в нескольких странах этого региона: Беларусь, Украина, Молдова, Армения, Азербайджан, Грузия и несколько стран Центральной Азии используют подходы по снижению вреда, включая заместительную терапию, для контроля над эпидемией в этих странах. Некоторые из этих опытов и практик будут представлены на Конференции. Мы должны сделать все, чтобы эти программы были расширены и стали устойчивыми.

В связи с программами снижения вреда, я очень обеспокоен ситуацией в Крыму. В марте 2014 года там насчитывалось 806 пациентов, зачисленных в программы безопасной и эффективной заместительной терапии. Остановка этих программ нарушает права этих пациентов на здоровье.

Прекращение лечения этих людей будет серьезной проблемой, поскольку подвергает их жизнь опасности. У этих пациентов возрастает риск возвращения к использованию незакон-

ных наркотиков, прекращения лечения ВИЧ и туберкулеза, а также возобновляется риск инфицирования ВИЧ и заражения партнеров.

Я знаю, что на Конференции запланирована специальная сессия, посвященная Крыму. Я призываю правительство Крыма и соответствующие российские учреждения гарантировать непрерывность и продолжение предоставления этих жизненно важных услуг. Это не политический вопрос, это серьезный вопрос здравоохранения. Для людей существует угроза жизни.

Знания и опыт гражданского общества в этом регионе являются одним из самых впечатляющих в мире. Сегодня более чем когда-либо важна поддержка и развитие гражданского общества. Вот почему я выступил на саммите гражданской двадцатки в прошлом году в Москве — мы никогда не победим СПИД без сильного гражданского общества.

Мы все еще сталкиваемся с серьезной проблемой обеспечения вниманием всех и каждого. Обеспечение доступа к группам повышенного риска инфицирования ВИЧ, должно быть нашим приоритетом.

Возможности гражданского общества в охвате групп населения повышенного риска являются очень значимыми; если мы хотим охватить всех, их необходимо поддерживать.

Я очень обеспокоен растущей волной криминализации во многих странах этого региона. Эти законы загоняют ключевые группы населения — ЛГБТИ, секс-работников, потребителей инъекционных наркотиков, мигрантов — в подполье. Подполье, где они лишены доступа к услугам, спасающим жизни. Когда люди напуганы и прячутся, они вовлекаются в еще более рискованное поведение. У них нет доступа к образовательным программам. Они не решаются пройти тестирование на ВИЧ. Они не используют презервативы. У них нет доступа к лечению ВИЧ.

Именно поэтому, после 30 лет эпидемии, ВИЧ все еще остается в этих группах по всему миру. ВИЧ процветает везде, где люди не чувствуют безопасности при обращении за услугами. Мы никогда не сможем покончить с эпидемией СПИДа путем криминализации или запугивания населения, наиболее затронутого эпидемией. Это никогда не будет работать.

Покончить со СПИДом — это не только раздать таблетки и обещания людям. Мы должны защитить их права и восстановить их достоинство.

Я хочу подчеркнуть положительный момент — за последние три года все страны этого региона достигли значительного прогресса в профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Я надеюсь, что к 2015 году этот регион станет первым в мире, где ни один ребенок не родится с ВИЧ, а жизнь их матерей будет сохранена.

Я хотел бы поздравить те страны региона, которые в последние несколько лет сняли ограничения на въезд и пребывание людей, живущих с ВИЧ: Армения, Молдова, Словакия, Таджикистан, Украина и Узбекистан. Как я отметил в своем письме Президенту Путину, ограничения на передвижение, въезд и проживание людей в связи с ВИЧ-статусом, не имеет под собой ни экономических оснований, ни оснований, связанных с здравоохранением. Я призываю Беларусь, Литву, Россию и Туркменистан – последние четыре страны в регионе, в которых еще существуют такие ограничения, снять их к Всемирному дню борьбы со СПИДом 2014.

Я знаю, что многое, о чем я говорил сегодня, остается сложным для реализации. Но как сказал однажды Нельсон Мандела, «всегда что-то кажется невозможным до тех пор, пока это не будет сделано».

Я призываю участников конференции принять серьезную и стратегическую декларацию, отвечающую на наиболее сложные вопросы. Мы должны показать миру, что этот регион серьезно относится к задаче остановить эпидемию.

Мы должны укреплять международное и региональное сотрудничество для того, чтобы обеспечить расширение и устойчивость достигнутых успехов.

В 1958 году Советский союз предложил миру, что оспа должна быть ликвидирована в течение десяти лет. Это привело к одной из величайших побед глобального здравоохранения XX века. Сегодня мы не можем остановить эпидемию СПИДа без Российской Федерации, без лидирующей роли здесь, в России, в этом регионе и во всем мире.

Спасибо.

**Приветственное слово  
руководителя Роспотребнадзора  
Анны Поповой**

Уважаемые участники и гости конференции!

Четвертая конференция по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии начинает свою работу. Конференция уже стала традиционной и организуется в Москве при прямой поддержке правительства Российской Федерации с 2006 года, являясь крупнейшим региональным и единственным русскоязычным форумом, посвященным решению проблемы ВИЧ-инфекции.

От имени Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, как организатора конференции, в первую очередь хочу выразить благодарность всем, кто на протяжении этих лет поддерживал это важное мероприятие и сегодня нашел возможность и посчитал нужным принять участие в форуме в Москве. В первую очередь это страны нашего региона Восточной Европы и Централь-

ной Азии, направившие свои официальные делегации, а также врачи, ученые, представители общественных организаций и сообщества людей, живущих с ВИЧ, не только стран СНГ, но и европейского региона, стран Северной и Латинской Америки. Высоко оцениваем бесценное участие на самом высоком уровне Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу в качестве соорганизатора конференции, а также Всемирной организации здравоохранения.

Российская Федерация принимает серьезные меры, на национальном уровне для профилактики, лечения и ухода при ВИЧ/СПИДе. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека выстроена эффективная система эпидемиологического надзора, включающая, в том числе, персонализированные базы данных, многоиндикаторный системный мониторинг лечения, обследований, сочетанных с ВИЧ-инфекцией, причин смерти, контроль охвата населения обследованиями.

Значимыми элементами системы стали окружные центры СПИДа на базе семи НИИ Роспотребнадзора. В целом, возрос методический уровень исследований по основным направлениям профилактики, диагностики и специфического лечения ВИЧ-инфекции как в ведущих научных центрах страны, так и в сети практических учреждений. Это связано с комплексным использованием методов классической биологии, молекулярной биологии, геномной и клеточной инженерии, а также методов компьютерного анализа.

Проблема ВИЧ/СПИДа глобальна, и то, что в мире не осталось ни одной страны, не затронутой эпидемией, а борьба с ВИЧ-инфекцией является одной из целей развития тысячелетия – лишнее тому подтверждение. К сожалению, мир все еще теряет около 1,5 млн. жизней по причине ВИЧ/СПИДа, а 2 млн. вновь инфицированных в год, показатель, который не оставляет нам выбора, кроме как совершенствовать и расширять программы профилактики ВИЧ-инфекции.

Вместе с тем, проблема ВИЧ/СПИДа имеет и серьезную региональную компоненту. От региона к региону эпидемиология ВИЧ-инфекции имеет свои особенности, а социально-культурные и экономические аспекты оказывают серьезное влияние на формирование программ противодействия эпидемии.

Российская Федерация помимо серьезных мер, принимаемых на национальном уровне для профилактики, лечения и ухода при ВИЧ/СПИДе, придает большое значение объединению региональных усилий в борьбе с эпидемией.

Факторы, которые способствуют развитию ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, включают недостаточное в ряде стран региона финансирование систем здравоохранения, слабость системы эпидемиологического надзора ввиду устаревшей лабораторной базы и

недостаточной подготовки персонала; общую неэффективность и недостаток профилактических мероприятий, в том числе среди основных групп риска. Кроме того, интенсивная миграция населения, в том числе трудовая, способствует усугублению эпидемиологической ситуации.

Очевидно, что усилия по содействию борьбе с ВИЧ/СПИДом и другими инфекционными болезнями в Восточной Европе и Центральной Азии все еще недостаточны и должны быть дополнены мероприятиями, направленными на укрепление лабораторной базы и кадрового потенциала систем здравоохранения в странах региона, совершенствование эпидемиологического надзора и проведение профилактических мероприятий среди основных групп риска, в том числе среди женщин и лиц, мигрирующих через национальные границы.

Одним из факторов, оказывающих влияние на реализацию мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом является фактический уход крупных доноров, таких как Глобальный фонд, оказывавших ранее поддержку странам с низким уровнем дохода в регионе. Во многом ответственность за противодействие эпидемии лежит на национальных бюджетах. Но Российская Федерация также берет на себя часть бремени и оказывает содействие странам региона. В последние годы по решению правительства Российской Федерации Роспотребнадзором реализуются программы помощи государствам региона по борьбе с полиомиелитом, корью, тропическими инфекциями. Текущим проектом помощи странам СНГ в борьбе с ВИЧ/СПИДом и другими инфекционными болезнями, реализуемым Федеральной службой при участии ЮНЭЙДС и российской общественной организации «СПИД инфосвязь» в 2013–2015 годах направлено на совершенствование эпиднадзора, укрепление лабораторной базы и кадрового потенциала более 225 млн рублей.

Особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции на современном этапе является ухудшение эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, активизация выхода эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию и увеличение нагрузки на здравоохранение по обеспечению выявления, диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных.

Ситуация с ВИЧ/СПИДом в регионе Восточной Европы и Центральной Азии динамично меняется, что связано с изменением эпидемиологических характеристик распространения болезни, новыми научными данными и результатами исследований, развитием лабораторной сети и фармации, а также меняющимися социальными и экономическими факторами, включающими экономическую интеграцию и высокую мобильность труда.

Неизменным остается одно — необходимость тесного сотрудничества различных секторов общества в борьбе с эпидемией и активное

вовлечение общественных организаций и сообществ людей, живущих с ВИЧ, в эту работу.

Именно поэтому программа конференции разделена на три основных направления: «Наука и медицина», «Содействие международному развитию» (роль международных институтов и двусторонней помощи развитию в борьбе с ВИЧ/СПИДом), и третье направление — «Роль гражданского общества в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа». Программа конференции насыщена и позволяет удовлетворить интересам все, кто в том или ином качестве профессионально участвует в деятельности по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией. Всего в течение двух дней работы конференции запланировано два пленарных заседания, 21 параллельная сессия, 10 семинаров, 12 сателлитных мероприятий и две специальных сессии. Кроме того, на конференции будет работать выставка.

Особое внимание будет уделено прогнозированию развития эпидемии ВИЧ-инфекции, разработке вакцин, новых диагностических препаратов, исследованиям механизмов передачи вируса половым путем, научно-обоснованным доказательствам эффективности профилактических мероприятий среди уязвимых групп.

Уверена, что Четвертая конференция превзойдет предыдущие в программном и организационном аспектах, включая усиление научно-исследовательского направления и расширение мероприятий, посвященных обмену лучшим опытом и практиками!

**Речь Мишеля Казачкина,  
специального посланника Генерального  
секретаря ООН по ВИЧ/СПИДу в Восточной  
Европе и Центральной Азии**

Я приветствую уважаемых врачей, ученых, медицинских и социальных работников, активистов и представителей сообществ — тех людей, кто неустанно борются в регионе со СПИДом и туберкулезом. Многие из вас сегодня присутствуют здесь в зале, а некоторые решили не участвовать в конференции.

Где бы я ни был в Восточной Европе и Центральной Азии, я всегда и везде встречаю экстраординарных, преданных своему делу людей, работающих в чрезвычайно сложных условиях.

Я всегда был убежден в том, что люди нашего региона смогут многого добиться, объединившись в общем стремлении остановить эпидемии ВИЧ и туберкулеза.

С 2006 года, когда состоялась первая подобная конференция, количество новых случаев ВИЧ-инфекции, новых случаев заболевания СПИДом и смертей, обусловленных СПИДом, в регионе продолжает расти. Из 130 тыс. новых случаев ВИЧ, зарегистрированных в Европейском регионе ВОЗ в 2012 году, три четверти приходится на страны бывшего Советского Союза. Статистика



ЕРБ ВОЗ показывает, что в то время как официальное число случаев СПИДа в странах Западной Европы сократилось на 54%, на востоке континента число людей со вновь поставленным диагнозом СПИД за последние 5 лет увеличилось на 113%.

Эти цифры резко контрастируют с уменьшающимся числом новых случаев ВИЧ-инфекций и смертей в других регионах и в мире в целом. При этом охват антиретровирусной терапией в нашем регионе также остается намного ниже мирового уровня в шестьдесят процентов 60%.

Картина эпидемии также меняется. Увеличивается доля гетеросексуальной передачи среди вновь выявленных случаев ВИЧ. Это происходит наряду с сохраняющимися «концентрированными» эпидемиями, особенно среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, секс-работников и мужчин-геев. Эти «концентрированные» эпидемии продолжают расти, однако работа с ними не ведется на соответствующем уровне и не всегда адекватно.

Значительные финансовые вложения были инвестированы в борьбу с ВИЧ в регионе. Однако лишь малая доля из них пришлась на программы эффективной профилактики ВИЧ.

Этот факт должен вызывать серьезную озабоченность у всех нас и у каждого, кто занимается вопросами общественного здравоохранения. Нам нужно достичь общего понимания того, почему это происходит, и какова должна быть наша стратегия для достижения существенного прогресса.

Я надеюсь, что эта конференция сосредоточится именно на этом. Мы не можем продолжать работать как прежде. Нам нужен откровенный разговор, направленный на поиск того, что именно необходимо изменить в нашем ответе на ВИЧ. Я не говорю об упрощенных и бесцельно поляризующих дискуссиях, например о том, какой подход более верен — лечение или профилактика. Я имею в виду реальные дебаты о научных обоснованных доказательствах.

Например, есть свидетельства того, что антиретровирусная терапия снижает опасность передачи ВИЧ. Но это не означает, что мы должны

отказаться от профилактики в целом и внедрения программ снижения вреда среди уязвимых групп и людей, находящихся в условиях высокой уязвимости, например в заключении. Я убежден, что открытая дискуссия на основе научных доказательств подтвердит то, что мы должны реализовывать как профилактику, так и лечение и довести их до уровня гарантирующего их эффективность.

То же самое верно и для программ снижения вреда. Программы снижения вреда для людей, употребляющих наркотики, рекомендованы ВОЗ, ЮНЭЙДС и UNODC, представляют собой набор мер, включающих, среди прочего, заместительную терапию и обмен игл и шприцев. Для программ снижения вреда имеются неопровержимые научные доказательства того, что вместе с антиретровирусной терапией они предотвращают новые случаи ВИЧ, снижают смертность, снижают зависимость от наркотиков, а так же улучшают качество жизни и снижают уровень преступности и нарушений общественного порядка.

Наркополитика, основанная на принципах сохранения общественного здоровья, начинается, прежде всего, с внедрения и расширения масштабов программ снижения вреда. Если у кого-нибудь есть доказательства обратного, давайте это обсудим на основе имеющихся научных исследований. И тогда мы сможем, наконец, двигаться вперед с единой общей стратегией действий.

В этом контексте, как ученый, врач и как посланник Генерального секретаря ООН, я должен прямо сказать, что недавние заявления, сделанные относительно отсутствия эффективности заместительной терапии в Крыму и решение крымских властей о прекращении этих программ, для меня являются необоснованными, несовместимыми с нормами защиты прав человека и источником ненужных страданий.

Я хочу воспользоваться возможностью этой конференции, чтобы призвать российские и региональные медицинские и научные сообщества к участию в открытых дискуссиях по вопросу профилактики и снижению вреда, где слишком долго отсутствует сопоставление разных научных данных и где наука иногда уступает место политике и идеологии.

Эта конференция предоставляет исключительную возможность для таких дискуссий, но наверняка потребует их продолжения. ООН готова поддержать регион в организации таких дискуссий в ближайшие месяцы.

Мы просто больше не можем избегать этой дискуссии. Слишком много жизней было потеряно от ВИЧ, туберкулеза и гепатита в Восточной Европе и Центральной Азии. Слишком много людей смирились с тем, что этот регион не сможет добиться прогресса из-за идеологических разногласий, смирились с неизбежностью дальнейшего роста заболеваний и смертей от ВИЧ и туберкулеза.

Пришло время изменить эту парадигму. Но изменится ли она или нет, зависит только от нас. Только в наших силах сделать выбор, отличающийся от того, что было в прошлом. Только в наших силах дать надежду людям региона на лучшее будущее».

**Церемония закрытия Четвертой конференции  
по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной  
Европе и Центральной Азии  
13 мая 2014 г.**

Сопредседатель Конференции Г.Г. Онищенко поблагодарил всех участников за работу и отметил: «В Конференции приняли участие более 1300 участников из 44 стран мира. Отдельно я бы хотел отметить вклад в работу Конференции со стороны мирового научного сообщества, а также гражданского общества, которое проявило на площадке Конференции очень зрелую позицию и профессионализм в оценке ситуации. Вы учились у нас, мы – у вас. На Конференции мы все учились друг у друга».

А.Ю. Попова, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, подводя итоги в своем выступлении, подчеркнула: «Очень большой интерес вызвало обсуждение опыта стран БРИКС. Эта сессия была, пожалуй, самой продолжительной и широко освещаемой. Этот опыт нужно обязательно использовать и учесть».

В.В. Покровский, председатель комитета «Наука и медицина» подвел итоги работы профильных научных сессий конференции, заявив, что научная составляющая конференции вышла на новый качественный уровень. Особое внимание было уделено отечественным исследованиям в области генной терапии, созданию вакцины, которая уже прошла фазу клинического испытания на безопасность, а также большому разделу, посвященному лечению ВИЧ-инфекции, в котором существенный блок докладов был посвящен вопросам приверженности пациентов приему терапии. В завершении своего выступления академик Покровский выразил надежду на то, что инновационные проекты, представленные на конференции в секции «Наука и медицина» патентноспособны и перспективны.

Большой резонанс на конференции вызвали доклады профессора Йинг Джанга, Марка Стибича и других специалистов из США, Матиаса Шмале, Йупа Ланге и его коллег, представителей научного сообщества стран Западной Европы, а также доклады гостей Конференции из стран БРИКС – Ананда Гровера из Индии и Кристины Рапозу из Бразилии.

Денис Годлевский, представляющий Комитет «Гражданское общество», поблагодарил всех участников конференции, особо отметив: «Основной целью гражданского общества на данной конференции было ответить на вопросы: «Почему люди заражаются? Что делать, чтобы люди не умирали и не инфицировались?». На





мой взгляд, ответы на эти вопросы отражены в итоговом документе конференции. Отдельно хотелось бы поблагодарить участников за высокий уровень самоорганизации и вовлеченности во все ключевые дискуссии».

От имени некоммерческого сектора и организаций людей, живущих с ВИЧ, Денис Годлевский высказал пожелание, иметь возможность возобновить традицию и регулярно проводить такой форум в Москве.

Андрей Бокарев, директор Департамента международных финансовых отношений Министерства финансов Российской Федерации сказал: «В ходе конференции неоднократно отмечалась роль Российской Федерации, как одного из ключевых доноров и участников программы по борьбе с распространением инфекционных заболеваний в нашем регионе. Россия позиционирует профилактику и борьбу с инфекционными заболеваниями, как приоритет в области содействия международному развитию в регионе Восточной Европы и Центральной Азии в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Мы считаем необходимым поддержать проведение следующей конференции, выделив для этого все необходимые ресурсы, продолжая активную работу по выработке новых целей и задач, смотря в будущее и планируя нашу деятельность в соответствии с глобальными задачами в области противодействия распространению инфекционных заболеваний в повестке после 2015 года».

От имени Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу на закрытии выступил заместитель исполнительного директора ЮНЭЙДС по программным вопросам Луис Лорес, который поблагодарил всех участников конференции за открытый, прямой и профессиональный диалог о самых сложных вопросах в противодействии ВИЧ в регионе, где эпидемиологическая ситуация остается сложной. Он подчеркнул, что региону необходимы меры, адекватные ситуации, в том числе разработка стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, и подтвердил готовность ЮНЭЙДС поддержать регион в этом направлении.

Закрывая Конференцию, Академик Г.Г. Онищенко резюмировал: «Действительно, уже сделано много, но я прошу вас покинуть этот зал с чувством неудовлетворенности и пониманием того, что предстоит сделать еще больше для предупреждения распространения этого заболевания в регионе!»

## **ИТОГОВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ЧЕТВЕРТОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВИЧ/СПИДУ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

**12–13 мая 2014 г.**

**Проект**

**Введение**

Четвертая конференция по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии состоялась в Москве с 12–13 мая 2014 г. В конференции приняли участие более 1700 делегатов: политические и общественные лидеры, ученые, исследователи, медицинские работники, представители сообществ, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции; люди, живущие с ВИЧ, религиозные организации, руководители международных организаций, представители СМИ и организаций гражданского общества из Содружества независимых государств, Восточной Европы, Центральной Азии и других регионов, из 44 стран.

Участники оценили региональный прогресс в реализации поставленных ООН целей по профилактике ВИЧ-инфекции, лечению и уходу, обсудили первоочередные меры, которые необходимо предпринять в странах Восточной Европы и Центральной Азии для достижения заявленных целей, а также обменялись лучшим опытом и практиками борьбы с ВИЧ/СПИДом, укрепив тем самым региональное сотрудничество для противодействия эпидемии.

Учитывая уникальные характеристики эпидемии, присущие каждой стране и региону Восточной Европы и Центральной Азии в целом, особый акцент был сделан на профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения. Кроме того, много внимания было уделено прогнозированию развития эпидемии ВИЧ-инфекции, разработке новых диагностических препаратов, исследованиям механизмов передачи вируса половым путем, научно-обоснованным доказательствам эффективности профилактических мероприятий среди уязвимых групп.

Участники конференции выразили приверженность ранее взятым обязательствам и подтвердили, что политическая воля и профессиональное отношение делу борьбы с ВИЧ, а также борьба со стигмой и дискриминацией в связи с



ВИЧ-инфекцией являются ключом к достижению целей всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции.

Участники конференции поддержали необходимость приложения максимальных усилий для достижения цели «Ноль» стратегии Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, включающей «Ноль новых случаев ВИЧ-инфекции. Ноль дискриминации. Ноль смертей вследствие СПИДа».

Делегаты подтвердили готовность развивать многостороннее и межстрановое сотрудничество в области противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, а также со странами из других регионов, включая межправительственные форумы и организации, такие как Содружество независимых государств (СНГ), Шанхайскую организацию сотрудничества (ШОС), Евразийское экономическое сообщество (ЕврАзЭС) и другие.

### Прогресс и препятствия

Со времени проведения прошлой конференции (ЕЕСААС-2009) в регионе Восточной Европы и Центральной Азии был достигнут прогресс по ключевым направлениям в борьбе с ВИЧ/СПИДом.

В том числе:

- значительно расширен доступ к антиретровирусной терапии во всех странах региона и усовершенствованы механизмы закупок и предоставления препаратов для лечения ВИЧ;
- достигнут большой охват программами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку;
- расширен спектр программ, фокусирующихся на социальной помощи и поддержке для людей, живущих с ВИЧ;
- улучшен обмен информацией между странами, что выразилось в повышении осведомленности населения об эпидемии ВИЧ и включении проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, в повестку дня встреч высокого уровня;
- поступательно развивается межсекторное и межгосударственное сотрудничество в данной сфере;
- получены новые данные об эпидемиологической и экономической эффективности профилактических мероприятий среди уязвимых групп

Вместе с тем, участники конференции признают, что эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает распространяться в регионе недопустимыми темпами, и что еще многое предстоит сделать для получения необходимых результатов и обеспечения устойчивости достигнутых успехов.

Достижению поставленных Генассамблеей ООН целей препятствует ряд факторов, среди которых наиболее важными являются:

- неадекватное финансирование программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом на национальном

уровне в ряде стран региона и зависимость от донорской помощи;

- невыполнение обязательств по переводу успешных программ лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа, финансируемых ранее международными донорами на государственное финансирование;
- недостаточное внедрение всеобъемлющих стратегий профилактики и тестирования, основанных на доказательствах, и инновационных методов профилактики ВИЧ-инфекции; низкий охват антивирусной терапией и необходимыми диагностикумами всех нуждающихся, прежде всего, в местах лишения свободы;
- слабое вовлечение всех заинтересованных сторон, включая гражданское общество, частный сектор и людей, живущих с ВИЧ, в мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом;
- недостаточное внимание, уделяемое программам противодействия ВИЧ-инфекции, направленным на оказание услуг женщинам и девочкам, а также вопросам обучения молодежи в целом;
- недостаточное развитие комплексного подхода, включающей в себя просвещение общества в отношении проблем зависимости и эффективных методов лечения, реабилитации и ресоциализации зависимых людей;
- сохраняющаяся стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ, и представителей сообществ, затронутых эпидемией;
- высокие цены на антиретровирусные препараты и диагностикумы, а также на лекарственные средства и диагностические материалы для лечения сопутствующих заболеваний;
- недостаточное внимание к группам высокого риска и низкое инвестирование в целевые программы, основанные на фактических эпидемиологических данных.

### Действия

Отмечая достигнутый прогресс и существующие препятствия в решении проблемы ВИЧ/СПИДа, участники конференции выражают готовность в усилиях по противодействию эпидемии следовать следующим принципам:

- Реализация всех программ и стратегий противодействия ВИЧ/СПИДу на научной основе и в соответствии с принятыми международными и национальными обязательствами.
- Обязательство обеспечить поддержку и соблюдение права на здоровье, как основу общественного здравоохранения и фундаментальное право человека для уязвимых в отношении ВИЧ групп населения (женщины и девочки, молодежь, мужчины, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, потребители наркотиков).
- Поддержка необходимого уровня национального финансирования для обеспечения устойчивости и расширения программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

- Укрепление национальной и региональной системы надзора для улучшения знаний об эпидемии и сбора отчетности.
- Активизация усилий по обеспечению эффективного, равного, устойчивого, всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе.
- Разработка и расширение специальных программ, направленных на профилактику ВИЧ, с учетом потребностей наиболее уязвимых групп населения.
- Расширение охвата тестированием уязвимых групп, в том числе с использованием новейших технологий и методов экспресс-тестирования.
- Совершенствование программ профилактики ВИЧ, с использованием комплексного подхода, включающего снижение спроса на наркотики, оказание качественной медицинской помощи, снижение вреда и социальную поддержку для потребителей инъекционных наркотиков.
- Реализация комплекса мер, направленных на поддержание научно-обоснованного диалога между странами региона по вопросам эффективности программ снижения вреда и их влиянию на профилактику ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения.
- Улучшение доступа к программам профилактики полового пути передачи ВИЧ, а также программам сексуального и репродуктивного здоровья для наиболее уязвимых групп населения.
- Разработка и внедрение эффективных программ профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией и обеспечение инфекционной безопасности.
- Совершенствование и развитие системы оказания педиатрической помощи при ВИЧ.
- Снижение стигмы и дискриминации и защита прав людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп населения.
- Разработка мер, обеспечивающих защиту прав и свобод женщин и девочек, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.
- Устранение существующих социально-обусловленных и правовых барьеров с целью обеспечения лучшего доступа мигрирующего населения региона к качественным услугам по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ инфекции и сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекций.
- Постановка вопроса о совершенствовании нормативно-правовой базы с целью обеспечения свободы передвижения людей, живущих с ВИЧ, а регионе Восточной Европы и Центральной Азии.
- Совершенствование системы обеспечения антиретровирусными препаратами и диагностикумами всех нуждающихся в целях предотвращения прерывания лечения и обеспечения экономически оправданного лечения в соответствии с новейшими рекомендациями ВОЗ, а также национальными рекомендациями.
- Совершенствование национальных протоколов лечения ВИЧ-инфекции и приведение их

в соответствие с наиболее современными международными стандартами лечения.

- Разработка и внедрение комплекса мер, направленных на достижение лекарственной независимости, включая усиление роли государства в регулировании аспектов интеллектуальной собственности, развитие странового производства антивирусных препаратов, стимулирование конкуренции, обеспечивающие значительное снижение цен на антиретровирусные препараты.

- Комплексное противодействие коинфекциям туберкулеза и гепатита С у людей, живущих с ВИЧ.

- Усиление межсекторного сотрудничества между министерствами, ведомствами, законодателями, гражданским обществом, религиозными организациями, СМИ, профсоюзами и частным сектором, с полным и значимым включением в процесс всех заинтересованных сторон, особенно людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп населения.

- Защита населения от недостоверной и антинаучной информации, в том числе от информации, которая отрицает существование ВИЧ-инфекции, а также эффективность антиретровирусной терапии.

- Развитие механизмов поддержки организаций людей, живущих с ВИЧ, и некоммерческих неправительственных организаций путем предоставления политической, юридической и финансовой поддержки их деятельности по противодействию распространению ВИЧ.

Участники осознают и приветствуют возможность представить и обсудить достижения прошедшей конференции и проблемы региона во время приближающейся XX Международной конференции по СПИДу, которая пройдет в Мельбурне в июле 2014 года. Необходимо сделать все, чтобы в полной мере использовать предоставляющуюся возможность.

### **Роспотребнадзор: россиянам нужно адресно рассказывать об опасности ВИЧ**

*Глава Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) Анна Попова рассказала «РИА Новости» о первых итогах конференции, о ситуации с распространением ВИЧ-инфекции в РФ, о роли гражданского общества в помощи населению, а также о содействии, которое РФ оказывает странам СНГ в борьбе с инфекциями.*

**— Анна Юрьевна, недавно состоялась Четвертая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, которую организовал Роспотребнадзор. Как вы оцениваете ее первые итоги?**



– Я считаю, что эта конференция прошла крайне успешно. Она выявила ряд актуальных научных направлений, значительный ряд практических результатов и позволила определить четкие векторы дальнейшего движения. Конференция показала, что интерес к теме борьбы с ВИЧ/СПИДом в России значителен. Ярким доказательством этому послужило внимание к форуму и участие первых лиц правительства России, министра здравоохранения, руководителей министерства иностранных дел, ФСКН, главы совета по правам человека при президенте Российской Федерации, представителей Минэкономразвития и ФАС России. Самое активное участие в конференции принимали ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения.

Программа конференции была сформирована по трем направлениям: наука и медицина, гражданское общество и содействие международному развитию. В рамках направления «Наука и медицина» у нас прозвучало более 80 научных докладов, у нас были ученые из Европы, Соединенных Штатов Америки, других стран мира, широко было представлено научное сообщество Российской Федерации и стран СНГ.

Очень интересно было реализовано направление «Гражданское общество». Мы увидели огромный опыт и гражданскую зрелость тех, кто сегодня занимается в общественных организациях проблемами профилактики ВИЧ/СПИДа, лечением и уходом за больными. Выстраивание диалога с гражданским обществом, я уверена, будет эффективным.

#### – Какие это общественные организации?

– Например, региональная общественная организация «СПИД инфосвязь» – это группа, которая очень эффективно работает на площадке профилактики ВИЧ/СПИДа в России, это Фонд помощи в области ВИЧ/СПИДа Российской Федерации и Евразийская женская сеть по СПИДу. Казахстан представляла инициативная группа «Казахстанская сеть женщин, живущих с ВИЧ». И если говорить о Молдавии, то это Лига людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Республике Молдова.

Эти представители общества сегодня демонстрируют очень высокий результат своей рабо-

ты, обладают очень хорошим кадровым потенциалом, знакомы с самыми современными технологиями работы с различными группами населения.

#### – Что это за группы населения?

– У нас есть группы людей, которые требуют знаний для того, чтобы не заболеть, не заразиться. Есть группы, которые уже живут с вирусом иммунодефицита человека, и их надо научить, как жить с этим вирусом. И у нас есть люди, которые непосредственно уже имеют проявления заболеваний, и их тоже надо научить, как постоянно бороться с инфекцией, чтобы она не прогрессировала.

Сейчас человек живет в мощном потоке информации. Но мы не умеем делать выбор, не умеем жить в этом информационном потоке. Людей, которые имеют риски или определенные нарушения здоровья, нужно научить найти и получить нужную информацию, взять ее и умело ею пользоваться. Людей нужно научить жить со знанием о том, что он болен. Дать понять, что сегодняшние методы лечения позволяют вести активный социальный образ жизни. Ведь продолжительность жизни при правильно подобранном и проведенном лечении даже у инфицированных вирусом иммунодефицита не отличается от средней продолжительности жизни. Все эти знания нужно донести. И вот в этом аспекте усилия этих людей, о которых мы уже сказали, гражданского общества, просто неопределимы.

#### – Что было представлено в направлении по международному развитию?

– Состоялась специальная сессия по опыту борьбы с ВИЧ/СПИДом в странах БРИКС. Очень бы хотелось, чтобы проблема инфекционных заболеваний, проблема профилактики ВИЧ/СПИДа в объединении этих государств, в которое входит и Российская Федерация, прозвучала бы как специальная задача.

Кроме того, у нас есть определенные цели развития тысячелетия, одна из которых – борьба с инфекционными заболеваниями. Эти цели должны быть реализованы и достигнуты до 2015 года. И предложение конференции – это продолжение этой темы и задачи на следующий период, после 2015 года.

В докладе исполнительного директора ЮНЭЙДС Мишеля Сидибэ прозвучала очень высокая оценка роли России в борьбе с ВИЧ/СПИДом – только Россия может быть «локомотивом» в направлении борьбы с ВИЧ/СПИДом в нашем регионе (Восточной Европы и Центральной Азии).

Так оно и есть на сегодня. Россия прилагает массу усилий, вкладывает средства, использует все активы для профилактики инфекционных болезней в странах региона.

**– Сколько по итогам 2013 года ВИЧ-инфицированных в России?**

– Это порядка 800 тысяч человек, и заболеваемость растет, 2013 год дал плюс 10% к данным 2012 года – за год было выявлено 77 896 новых случаев инфицирования россиян. И динамика, к сожалению, пока сохраняется. За 2013 год в России из жизни ушло более 22 тысяч ВИЧ-инфицированных.

**– Какова структура заболеваемости?**

– В структуре заболеваемости мы наблюдаем снижение в возрастной группе подростков, и это, безусловно, позитив, это определенные результаты нашей работы. В 2013 году доля подростков и молодежи составила 1,4%, тогда как в 2001 году мы говорили о почти 23%. Но одновременно мы видим увеличение доли женщин репродуктивного возраста среди ВИЧ-инфицированных. Критическая ситуация по ВИЧ-инфекции сложилась среди мужчин в возрасте 30–34 лет. Несколько снижается доля, связанная с внутривенным введением наркотиков, хотя она тоже остается высокой – это 57% заразившихся. Но, например, в 2008 году это был 61%. Продолжает расти доля полового пути передачи инфекции. В Российской Федерации он вырос с 38,1% в 2009 году до 41% в 2013 году. Такая ситуация наблюдается во всех странах нашего региона – в Белоруссии процент заразившихся половым путем составляет 85,2%, о росте этого способа передачи инфекции сообщают Казахстан, Таджикистан, Молдавия, Азербайджан, Украина. Меры, которые сегодня предпринимаются, адекватны ситуации, но меняющаяся структура заставляет нас изменять и свои подходы к профилактике. Будет изменен акцент в первую очередь в профилактике в тех группах, которые этого требуют.

**– Какие регионы России считаются наиболее проблемными в области ВИЧ-инфицирования?**

– У нас нет ни одного свободного от ВИЧ-инфекции субъекта Российской Федерации. И в мире не осталось ни одной страны, где бы она не была выявлена. Это распространение всемирное, проблема мирового масштаба. Если говорить о наших территориях, то это, к сожалению, крупные промышленные территории. И самая высокая заболеваемость в Иркутской, Самарской, Свердловской, Ленинградской, Оренбургской, Кемеровской областях – всего таких регионов 20. В них проживает около 35% всего населения России. При этом россияне, живущие с установленным диагнозом ВИЧ, составляют 0,48% населения страны.

**– В России наблюдается существенный миграционный прирост населения. Как это влияет на ситуацию с распространением ВИЧ?**

– Сегодня Россия – это одна из самых емких стран по трудовой миграции. Мы получаем очень много мигрантов и, безусловно, все они не могут быть здоровыми людьми, уровень поражения высокий. В 2013 году освидетельствовано почти полтора миллиона иностранных граждан, и из них выявлено более шести тысяч больных инфекционными болезнями, в том числе ВИЧ, туберкулезом и заболеваниями, передающимися половым путем.

Необходимо обеспечить мигрантов медицинской помощью, но не за счет российского налогоплательщика, а за счет или стороны принимающей – работодателя, или самих мигрантов. Решением этой проблемы должно стать страхование. У мигрантов должна быть постоянная медицинская страховка, после этого возможно обеспечить им медицинское обслуживание, медицинскую помощь в полном объеме, не только экстренную. Сейчас этим вопросом активно занимается целый ряд органов исполнительной власти. И мы уверены, что решение будет найдено.

**– Россия проводит работу по укреплению кадрового потенциала и инфраструктуры систем обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия ряда стран СНГ. Расскажите, пожалуйста, об этом.**

– Во-первых, Россия в рамках различных международных программ выполняет свою роль и является донором по направлению профилактики полиомиелита, по направлению профилактики ВИЧ/СПИДа, по направлению профилактики тропических болезней и по направлению профилактики кори.

Россия использует собственные средства для стран СНГ и предоставляет им помощь, но не в виде непосредственно финансового стимулирования. Это всегда программы.

В первую очередь – это то, о чем мы говорили, – нужно выявлять инфекцию. Чтобы выявлять, сегодня нужна лабораторная диагностика.

Поэтому необходимо создание высокотехнологичных, самых новых лабораторных центров. Россия помогает с оборудованием, расходными материалами и реактивами, а также активно обучает специалистов из стран СНГ.

Например, в рамках конференции мы передали мобильные клиники на базе «КамАЗов» Армении и Киргизии. Первый такой автомобиль работает уже год в Таджикистане и показал очень хороший результат. Это не просто мини-лаборатория, это – полноценный передвижной медицинский пункт. Он позволяет забирать кровь и проводить исследования сразу. Если проба исследуется прямо на месте, это дает наиболее достоверный результат.

В странах, принимающих эту технику, есть сегодня подготовленные с помощью России специалисты, которые сразу же начинают работать на этом оборудовании.

– Как вы оцениваете потенциал российской науки и здравоохранения по выработке лекарств против ВИЧ?

– Сейчас в России налажен выпуск 23 генерических антиретровирусных препаратов (дженериков), выпускается более 40 тест-систем для выявления ВИЧ-инфекции, мониторинга эффективности и безопасности лечения. Безусловно, линейка препаратов будет шириться и расти, потому что здесь совпадает очень много интересов – гражданского общества, разработчиков и производителей. Немаловажен и экономический аспект – выпуск отечественных препаратов позволяет уменьшить стоимость терапии. Поэтому нет никак сомнений, что новые и все более эффективные лекарства будут появляться.

– Каковы ближайшие задачи России в борьбе с ВИЧ/СПИДом?

– Наши текущие задачи в борьбе с ВИЧ касаются не только России, но и всего региона Восточной Европы и Центральной Азии. Нам нужно максимально быстро выявлять инфекцию, на самых ранних стадиях и нужно максимально эффективно лечить. Нам нужно охватывать всех тех, кому требуется лечение, а наука должна обеспечить дальнейшее развитие и улучшение и повышение качества препаратов для лечения и в конце концов дать нам вакцину против ВИЧ-инфекции. Задача гражданского общества – оградить от инфекции тех, кто находится в группе риска, и помочь тому, кто столкнулся с бедой, справиться с ней, научиться с ней полноценно жить.



**Уважаемые коллеги**  
**Поздравляем**

**С**  
**Днем**  
**МЕДИЦИНСКОГО**  
**работника**

Как здорово, что есть на свете  
Профессия, которой нет важней.  
И взрослые, и старики, и дети  
Находят помощь у заботливых людей.

Желаем радости, успеха,  
Здоровья, счастья и любви.  
Пусть Вам удача улыбнется  
Не раз на жизненном пути!

# ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

## Методические рекомендации\*.\*\*

### ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ СРЕДИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Профилактика ВИЧ среди разных групп населения, отличающихся по принципу их важности для профилактических мероприятий, организованности и доступности может иметь свои особенности, при этом для обучения одних групп могут использоваться специализированные СМИ, для других — только групповые или индивидуальные формы информирования и обучения. Целевыми группами для осуществления профилактической деятельности могут быть группы населения, выделяемые:

- по важности их участия в организации профилактики распространения ВИЧ;
- по их доступности для обучения (доступные и труднодоступные группы);
- по их важной роли в распространении ВИЧ (особо уязвимые для заражения ВИЧ контингенты).

**Информирование и обучение групп населения, важных для организации профилактических мероприятий.** При информировании и обучении групп населения, важных для организации профилактических мероприятий по ВИЧ и особо нуждающихся в предоставлении информации, особое значение имеют:

- *руководители разного уровня* (представители всех ветвей власти), то есть «лица, принимающие решения», а также общественные деятели (идеологические и политические лидеры, активисты), формирующие общественное мнение; эта группа нуждается в подробной информации не только о путях передачи ВИЧ и способах их предотвращения, но и в информации о социально-экономических последствиях распространения ВИЧ, организационных и финансовых проблемах, связанных с противодействием эпидемии; эта группа населения часто требует индивидуального подхода, для ее группового обучения используются собрания, совещания, конференции;

- *представители средств массовой информации* нуждаются в специальном обучении относительно способов подачи информации, предупреждения распространения в СМИ ложной информации и дискриминации ВИЧ-позитивных лиц; обучение также можно проводить в специально собранных для обучения группах, на пресс конференциях или индивидуально;

- *«популярные» личности*, например, артисты, своим участием могут сделать информационные программы более привлекательными для тех групп населения, которые проявляют к ним интерес, требуют индивидуального подхода к обучению;

- *медицинские работники*, которые в широких масштабах могут информировать своих пациентов об ВИЧ, предупреждать передачу ВИЧ при проведении парентеральных вмешательств должны обучаться в рамках специальных программ по повышению квалификации;

- *работники системы образования*, обучающие учащихся вопросам профилактики заражения ВИЧ по утвержденным программам, должны пройти соответствующее обучение;

- *работники правоохранительных органов*, сталкивающиеся с угрозой заражения ВИЧ и уязвимыми контингентами, могут участвовать в их информировании о путях заражения и методах профилактики.

**Доступные для обучения организованные группы населения** позволяют обеспечить существенный охват населения информационными программами. В то же время часть этих групп обладает особенностями, которые необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

К этим группам относятся: учащиеся, военнослужащие, заключенные, работники предприятий, посетители и пациенты лечебно-профилактических организаций (в особенности учреждений наркологического, дермато-венерологического, гинекологического профиля и других), в которых из-за высокой степени организованности можно проводить групповое обуче-

\* Окончание. Начало см. «Шаги профессионал» № 2, 2014, с. 40–55.

\*\* Профилактика заражения ВИЧ. Методические рекомендации. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014. Разработаны: ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом (В.В. Покровский, Н.Н. Ладная В.В. Беляева, Н.В. Козырина, О.Г. Юрин), Управлением эпидемиологического надзора Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Л.А. Дементьева). Утверждены: врио руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека — Главного государственного санитарно-врача Российской Федерации А.Ю. Поповой 18 марта 2014 г. Введены впервые.

ние, например чтение лекций, распространение информационных материалов и прочее. В то же время «организованные» группы населения неоднородны по своим эпидемиологическим характеристикам. Хотя учащиеся и военнослужащие срочной службы однородны по возрасту, в них могут входить представители разных по уровню уязвимости групп.

Помимо лекционного обучения учащихся навыкам предупреждения заражения ВИЧ должны широко использоваться такие методы как демонстрация интерактивных материалов, видеофильмов, распространение брошюр и буклетов. Для профилактики заражения ВИЧ/СПИДа могут использоваться и наглядные материалы, в том числе подготовленные самими учащимися.

Эффективны в плане обучения ролевые игры и другие обучающие приемы, подразумевающие активное участие учащихся: викторины, дискуссии, самодеятельные спектакли. Культурно-массовые мероприятия и специальные акции (концерты, соревнования) также могут быть использованы для распространения информации о способах предупреждения заражения ВИЧ. При подаче информации целесообразно избегать прямых поучительных и назидательных мотивов, которые могут восприниматься слушателями негативно.

Проблемы, связанные с информированием обучением этих групп такие же, как с обучением общего населения: отдельные представители этих контингентов могут не ассоциировать своего поведения с риском заражения или негативно расценивать «навязываемую» им в организованном порядке информацию.

*Подростков и молодежь* рассматривают как группу риска по ВИЧ в связи с тем, что при вступлении в самостоятельную жизнь они проходят фазу экспериментов в области сексуального поведения, часто с использованием психотропных веществ. Так как их представления об этом поведении обычно формируются под воздействием случайных влияний и факторов, молодые люди подвергаются высокому риску заражения ВИЧ.

Легкодоступным способом обучения молодежи является организация программ в образовательных учреждениях. Формирование в школе навыков предупреждения заражения ВИЧ решает стратегическую задачу предупреждения распространения ВИЧ среди населения России, так как после окончания учебных заведений молодежь становится менее доступной для систематического обучения, в то время как риски заражения ВИЧ продолжают возрастать. Конечной целью обучения является создание у молодого человека мотивации на самостоятельный и осознанный выбор поведения, препятствующего риску заражения ВИЧ.

Для профилактической работы среди подростков и молодежи целесообразно использовать

различные молодежные организации и движения. Широко используется привлечение обученных инструкторов из молодежной среды (по принципу «равный обучает равного»), что лучше воспринимается молодежью, чем поучения «старших».

*Женщины и девочки.* Уязвимым по ВИЧ контингентом в большинстве стран мира считают также женщин и девочек, в связи с их социальной дискриминацией. В России явная дискриминация женщин наблюдается в отдельных регионах страны (в республиках Северного Кавказа), где, например, девушки могут быть объектом принуждения и насильственных сексуальных действий (насильственное замужество, «похищение невест»), что может иметь значение для организации профилактических мероприятий. Напротив, среди значительной части населения страны женщины являются лидерами в вопросах сексуального поведения, в связи с чем информирование этой группы о путях предупреждения заражения имеет большое значение.

При осуществлении профилактических программ по ВИЧ для женщин могут быть задействованы лечебно-профилактические организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам, и другие учреждения и организации, оказывающие услуги женщинам (парикмахерские, маникюрные, педикюрные, косметологические салоны).

Организации акушерского и гинекологического профиля должны быть одним из основных структурных подразделений, проводящим профилактическую работу среди женского населения по предупреждению передачи ВИЧ. Женщины, обращающиеся за медицинской помощью должны получать информацию о путях предотвращения заражения ВИЧ.

Все учреждения и подразделения акушерско-гинекологического профиля должны быть оснащены информационными материалами по профилактике ВИЧ-инфекции, доступными для пациентов. В связи с этим весь персонал соответствующих учреждений должен пройти базовое обучение по профилактике ВИЧ. В каждом учреждении должны быть специалисты, обученные консультированию по вопросам ВИЧ и предупреждению передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Целесообразно организации бытового обслуживания так же оснастить информационными материалами по профилактике ВИЧ для клиентов. Обучение персонала организаций бытового обслуживания по профилактике ВИЧ может охватить информационной компанией как сотрудников этих организаций, так и их клиентов. Для активизации этой работы могут использоваться различные методы стимулирования.

*Заключенных* часто называют «группой риска по ВИЧ-инфекции», так как пораженность в этой группе существенно выше, чем среди остального населения, однако это разнородная по

характеристикам группа, представители которой могут заражаться ВИЧ до поступления в места заключения, чаще всего в результате использования наркотиков, а также в результате гетеросексуальных или гомосексуальных контактов. Так как вероятность обнаружения ВИЧ-позитивных среди осужденных лиц в Российской Федерации высока, то рекомендуется добровольное тестирование всех поступающих в места лишения свободы, для выявления ВИЧ-инфицированных лиц в целях оказания им медицинской помощи. Консультирование, которое должно проводиться при обследовании имеет свое значение для профилактики заражения.

Заклученные считаются во многих странах группой повышенного риска по заражению ВИЧ и в связи с тем, что непосредственно в тюрьмах наблюдали передачу ВИЧ половым путем, а также при потреблении наркотиков, однако в России вспышки ВИЧ среди заключенных пока выявлялись редко. Это обусловлено тем, что в Российской Федерации осужденные предварительно обследуются на ВИЧ, а в местах заключения проводятся мероприятия по условному разобщению (отдельные помещения для сна) заключенных по их ВИЧ-статусу. Однако необходимо учитывать, что однократное тестирование на антитела к ВИЧ нельзя назвать мерой достаточной для выявления всех лиц, живущих с ВИЧ, хотя бы только из-за существования серонегативного окна. С другой стороны, допускается возможность проникновения ВИЧ в места заключения не только непосредственно с пребывающими туда заключенными, но также и другими путями, например, с растворами наркотиков. Хотя условия пребывания в учреждениях уголовной системы ФСИН России не предусматривают возможности использования наркотиков и половых контактов, тем не менее, нарушения этих правил могут происходить. Поведенческие исследования в местах лишения свободы показали возможность сексуальных контактов между заключенными и с персоналом исправительных учреждений, а также другие возможные варианты передачи ВИЧ. Половые контакты разрешаются и во время свиданий с супругами, которые могут быть инфицированы ВИЧ. В некоторых местах пребывания осужденных, при условии их разрешенного перемещения за пределы места отбывания наказания, возможны половые контакты с местным населением. Это означает, что необходимо во всех местах отбывания наказаний обеспечить возможность приобретения презервативов. В отдельных странах организован доступ заключенных к чистым инструментам для внутривенного введения.

После отбывания наказания заключенные возвращаются в общество, поэтому в период пребывания в исправительных учреждениях их необходимо обучить, как предотвратить заражение ВИЧ, как в местах лишения свободы, так и после освобождения. Профилактика инфици-

рования среди заключенных имеет большое значение для успеха всех программ по предупреждению распространения ВИЧ, а само пребывание большого числа уязвимых к заражению ВИЧ лиц в местах заключения, обеспечивает их доступность для обучения способам предупреждения заражения.

Для информирования заключенных о путях предупреждения заражения можно использовать средства массовой информации, имеющиеся в местах заключения: местное, радио, телевидение, газеты, стенды и прочее. Групповое обучение отдельных категорий заключенных возможно осуществлять в виде лекций и разных общественных мероприятий, например тематических спектаклей. Целесообразно распространять наглядную агитацию (листовки, плакаты). Для работы в группах предпочтительно использование принципа «равный обучает равного». Для этой работы могут привлекаться заключенные, имеющие авторитет. Наиболее эффективным методом обучения является консультирование. Консультирование может быть индивидуальным или групповым. Консультирование по вопросам профилактики заражения ВИЧ может проводиться как получившим соответствующее обучение медицинским персоналом, так и специально обученными лицами, в том числе инфицированными ВИЧ. Это могут быть как добровольцы, так и лица, работающие по найму с государственными учреждениями или общественными организациями, что может стимулировать их активность. Все лица, занимающиеся консультированием, должны строго придерживаться принципов толерантности.

Консультирование заключенных, инфицированных ВИЧ, принципиально не отличается от консультирования других лиц, живущих с ВИЧ. При этом консультант должен быть готов обсуждать с пациентом его проблемы, связанные с половой жизнью или потреблением наркотиков. Важным аспектом является подробное обсуждение с заключенных возможности получения лечения ВИЧ-инфекции в местах заключения и после освобождения.

В то же время, в условиях заключения одних навыков безопасного в плане заражения ВИЧ поведения может быть недостаточно для того, чтобы избежать заражения. По этой причине целесообразно кроме обучения обеспечить в местах заключения доступ к презервативам, лубрикантам и дезинфектантам.

Персонал пенитенциарных учреждений должен быть обучен по профилактике ВИЧ, а так же обеспечен соответствующими инструкциями, материалами и антиретровирусными препаратами для предупреждения заражения ВИЧ персонала в случае возникновения риска заражения ВИЧ.

*Работающее население.* В связи с повышением распространенности ВИЧ среди населения Российской Федерации в возрастной группе



25–40 лет и старше возникает необходимость обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции не только среди учащихся, но и среди работающей части населения, которые можно проводить непосредственно на производстве, условно обозначая его как обучение «на рабочем месте». Однако проведение подобных мероприятий без одобрения администрации невозможно, так как они могут отрывать работающих от процесса производства или сокращать возможность их свободного время (если будет проводиться в перерывах или после работы). В связи с этим организация обучающих мероприятий на производстве требует полного согласования как с работодателями, так и с работниками (или представляющими их интересы профсоюзами).

При планировании проведения просветительских мероприятий по ВИЧ/СПИДу на рабочих местах целесообразно добиться включения в коллективные договоры положений, касающихся профилактики ВИЧ на рабочих местах, в том числе системное обучение в трудовых коллективах и защиты права на труд для людей, живущих с ВИЧ.

Поддержка руководства организации является важнейшим условием успешной профилактики, поэтому они являются целевой группой, важной для организации профилактической работы. Рекомендуется распространять среди них опыт реализации корпоративных программ по внедрению здоровые сберегающих технологий, в том числе по профилактике ВИЧ; системное обучения руководителей, инспекторов по технике безопасности, профсоюзных активистов по вопросам ВИЧ.

Авторитетные предприниматели должны принимать участие в разработке региональных профилактических программ. Целесообразно включить вопросы по ВИЧ в программы обучения по охране труда для руководителей и специалистов организаций.

*Мигранты и мобильные группы населения.* Развитие пандемии ВИЧ в значительной мере связано с развитием международных связей и миграцией населения. Мигрирующие группы являются «переносчиками ВИЧ» и одновременно наиболее уязвимыми группами населения. Находясь в условиях отрыва от привычной среды обитания, представители мобильных групп населения часто подвергаются сравнительно большому риску заражения (чаще всего при половых контактах), чем в местах постоянного проживания. При этом представители мобильных групп населения обычно не имеют доступа к профилактическим обучающим программам по ВИЧ, которые проводятся для местного населения. Стигматизация и дискриминация иностранных рабочих, наблюдаемая во многих странах, частое отсутствие легального статуса проживания затрудняют проведение профилактической работы в этих группах.

Основным мероприятием по предупреждению распространения ВИЧ является обучение мигрантов и мобильных групп населения навыкам менее опасного в плане заражения ВИЧ поведения.

Общие мероприятия по профилактике ВИЧ, направленные на просвещение мигрирующих контингентов, могут осуществляться на вокзалах, в аэропортах, портах, непосредственно на транспортных средствах, в пересадочных узлах. К этим мероприятиям могут быть отнесены применение наглядной агитации: плакатов, буклетов, раздача листовок, продажа презервативов, в том числе путем установки автоматов для розничной продажи. Информация о путях предупреждения заражения может распространяться в местах массовых стоянок, в пунктах питания водителей, на заправочных станциях. Для информирования путешествующих может быть использована так же аудио- и видеоинформация. К работе по просвещению международных путешественников могут быть привлечены службы, осуществляющие пограничный санитарный контроль. Часть работы по проведению просветительских мероприятий среди мигрантов может выполняться неправительственными организациями.

Мигранты, независимо от группы, к которой они принадлежат, должны получить базовую информацию о ВИЧ/СПИДе и путях предупреждения заражения. Следует учитывать, что незнание языка может стать непреодолимым барьером при попытке обучения определенных групп мигрантов навыкам безопасного в плане заражения ВИЧ поведения. Целесообразно тиражировать обучающие материалы на языках мигрантов, наиболее часто встречающихся на данной территории, привлекать к работе носителей языка, использовать ресурсы национальных общин. Информация должна быть изложена простым языком, понятным малообразованным слоям населения, к которым могут относиться представители мигрирующих групп населения.

Кроме очевидной мотивации сохранения здоровья, дополнительной мотивацией для мигрантов является сохранение возможности работать за рубежом (в условиях депортации ВИЧ-инфицированных иностранцев) и сохранение здоровья членов их семей.

Проведение профилактических мероприятий должно контролироваться органами санитарно-эпидемиологического надзора и осуществляться лечебно-профилактическими организациями, миграционными службами под методическим руководством территориального центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Просветительские мероприятия среди транспортных служащих, моряков, речников, должны осуществляться медицинскими службами, ответственными за состояние здоровья этих контингентов, под контролем соответствующих sani-

тарных служб. Информирование туристов и бизнес-мигрантов может осуществляться туристическими компаниями и компаниями, оформляющими выездные документы. Надзорные органы должны настоятельно рекомендовать данным организациям распространять среди клиентов материалы по предупреждению заражения ВИЧ во время пребывания в путешествии.

*Пациенты и посетители медицинских организаций* являются группой, которая может получить информацию о способах предохранения от заражения ВИЧ непосредственно в медицинских учреждениях посредством наглядной агитации, плакатов, листовок, непосредственно от медицинских работников и работников аптек. Особо важно организовать обучение навыкам консультирования по ВИЧ персонал медицинских учреждений, оказывающий помощь больным ИППП, потребителям наркотических средств, а также женщинам и подросткам.

*Покупатели в аптеках* — широкая группа населения с разными рисками заражения, среди которой можно с высокой степенью достоверности определить наркопотребителей и использовать момент покупки для предоставления им информации по профилактике ВИЧ в виде листовок, буклетов и прочего.

**Группы, имеющие ограниченный доступ к обучению.** *Неорганизованная (не учащаяся и не работающая) молодежь* представляет собой группу особо уязвимую к заражению ВИЧ по сравнению с организованной молодежью в связи с тем, что имеет больше времени для вовлечения в более опасное в плане заражения ВИЧ поведение.

Для работы с этой группой используются различные мероприятия, проводимые в местах ее проживания и концентрации, в том числе в технике аутрич-работы. К этой деятельности могут быть привлечены «клиники, дружественные молодежи», и другие организации, оказывающие помощь молодым людям. Целесообразно использование для обучения специально подготовленных инструкторов соответствующего возраста (использование принципа «равный—равному»).

Местом проведения профилактических программ для молодежи могут быть концертные и спортивные мероприятия.

*Бездомные, беспризорные, бродяги* подвергаются высокому риску заражения ВИЧ как в связи с особенностями поведения, предполагающими вовлечение в опасное в плане заражения поведение, так и в силу ограничения доступа к медицинской помощи. Информирование и обучение этой группы может осуществляться как в технике аутрич-работы, так и в местах оказания им помощи, в правоохранительных учреждениях, которые могут сталкиваться с этой группой населения.

*Этнические меньшинства* в силу своего образа жизни или языкового барьера могут не полу-

чить полный доступ к информации о ВИЧ/СПИДе. При этом некоторые этнические группы могут играть роль в распространении ВИЧ. Так, цыганские группировки замечены в нелегальной торговле наркотиками, в том числе в виде готовых растворов психотропных веществ, являющихся важным фактором распространения ВИЧ. Аборигенные популяции (в том числе народы Севера России) более уязвимы к алкоголю, что может приводить их к более опасному сексуальному поведению. Для некоторых этнических групп целесообразно переводить информационные материалы на их родной язык, готовить консультантов и аутрич-работников непосредственно из представителей этих групп.

*Лица с ограниченными возможностями* (например, слабовидящие, лица с нарушением психики) нуждаются в специальных программах, открывающих им доступ к информации по предупреждению заражения ВИЧ. В программах по профилактике ВИЧ должна быть учтена необходимость осуществления профилактических мероприятий в этих группах, в том числе публикация материалов на языке слепых, аудиозаписи. Необходимо привлекать медиков, оказывающих помощь лицам с нарушениями психики к их консультированию по вопросам ВИЧ.

**Профилактика среди особо уязвимых и малодоступных групп населения.** Некоторые группы населения, могут подвергаться сравнительно более высокому риску заражения ВИЧ, но при этом имеют меньший доступ к информации или профилактическим мероприятиям. Именно с быстрым распространением ВИЧ в этих группах связана вторая фаза эпидемического процесса, так называемая стадия «концентрированной» эпидемии. В условиях высокой пораженности уязвимых групп населения ВИЧ начинается переход эпидпроцесса в стадию генерализации, когда необходимо обеспечить проведение всего комплекса профилактических программ.

Эти группы могут подвергаться стигматизации и дискриминации как в области осуществления общих прав человека, так и в области оказания медицинских услуг, в связи с чем становятся менее доступными для профилактических мероприятий. Из-за стигматизации и дискриминации представители этих групп часто негативно относятся к информации, распространяемой «официальными» источниками. Обучение этих групп часто невозможно осуществить с использованием общих средств массовой информации, групповое обучение представителей этих групп также не всегда осуществимо, поэтому основное обучение представителей этих групп связано с индивидуальным или групповым консультированием, в частности в технике аутрич-обучения.

Особо уязвимыми для заражения ВИЧ контингенты традиционно считаются: ПИН, МСМ и КСР. Примыкающей к этим группам уязвимой

частью населения являются половые партнеры всех вышеназванных групп, которые могут не ассоциировать поведение своих партнеров с собственным высоким риском заражения, и поэтому также нуждаются в специальном обучении.

Требования по проведению профилактических программ среди уязвимых групп закреплены в санитарном законодательстве Российской Федерации. Для повышения эффективности профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, необходимо обеспечить высокий (не менее 60%) уровень охвата представителей уязвимых групп профилактическими вмешательствами, и по возможности, начинать профилактическую работу на ранних стадиях развития эпидемии. Эпизодические, мелкомасштабные профилактические вмешательства не могут оказать ощутимого влияния на ход развития эпидемии.

**Профилактика среди потребителей инъекционных наркотиков.** ПИН являются уязвимой группой по ВИЧ в силу того, что они часто делают себе инъекции растворов психотропных препаратов, используя общие иглы, шприцы, растворы наркотиков, в результате чего возможно прямое попадание ВИЧ во внутренние среды организма, обуславливающие высокий риск заражения. На скорость распространения ВИЧ в этой группе влияют такие факторы, как форма распространения наркотика (порошок, готовый раствор), способ приготовления раствора, от того, с кем вместе принимают препараты (в закрытой стабильной группе, в открытой группе с неизвестными меняющимися партнерами или индивидуально), принимаются ли меры «предосторожности» какие, частота приема наркотиков. Изучение таких особенностей имеет значение для организации профилактических мероприятий в этой группе.

Общим подходом по уменьшению потенциального уровня передачи ВИЧ является снижение распространенности употребления психотропных веществ, по этой причине комплекс мероприятий по «борьбе с наркотиками» может рассматриваться и как профилактическое мероприятие по предупреждению распространения ВИЧ. Снижение уровня немедицинского потребления наркотических препаратов и психотропных веществ достигается снижением уровня потребности препаратов среди населения, а также ограничением доступа населения к препаратам этого ряда. К снижению уровня спроса на наркотические препараты ведут: активное информирование населения о негативных последствиях употребления психотропных веществ, включая информацию о риске инфицирования ВИЧ и вирусами гепатитов; пресечение распространения в печатных и электронных СМИ материалов, пропагандирующих немедицинское использование наркотических препа-

ратов; развитие системы менее опасного времяпрепровождения населения, в особенности молодежи, лечение наркозависимых лиц. *Снижения уровня доступности психоактивных препаратов* достигается выявлением и ликвидацией незаконного производства наркотических препаратов, контролем производства и распределения легально производимых наркотических веществ, разрушением цепей незаконной транспортировки психоактивных препаратов.

При достаточной эффективности проводимых мероприятий «по борьбе с наркотиками» количество потребителей инъекционных наркотиков в России должно стабилизироваться и в будущем постепенно уменьшаться. В тоже время этот процесс происходит медленно и сопряжен с различными проблемами. Например, проводимое ограничение доступа для ПИН к одним психотропным препаратам привело к увеличению использования других, иногда даже более опасных для здоровья наркопотребителей препаратов (например, «дезоморфин»), в связи с чем потребовались дополнительные мероприятия по ограничению доступности сырья для производства этих веществ. Эффективность лечения наркотической зависимости в настоящее время пока так же невысока и лишь небольшой доле наркозависимых удастся воздерживаться от употребления наркотиков в течение года после прохождения курса лечения. В связи с этими сложностями популяция активных ПИН сокращается медленнее, чем было бы необходимо для прекращения передачи ВИЧ в этой среде.

Целям профилактики ВИЧ-инфекции может служить изменение способа употребления наркотика. Переход ПИН на пероральный прием или курение наркотического препарата может снизить уровень передачи ВИЧ парентеральным путем. На этой гипотезе основана широко применяемая в Западной Европе методика перевода ПИН с парентерального на пероральный прием агонистов опиума (препаратов, связывающихся с тем же рецептором, вызывая подобный эффект), не вполне точно называемая заместительной «терапией». В реальности «заместительная терапия» агонистами опиума от зависимости наркопотребителей не излечивает, но благодаря уменьшению частоты парентерального введения наркотиков снижает уровень передачи ВИЧ, в связи с чем ее применение в ряде стран Европы считают целесообразным. Считается, что помимо снижения передачи ВИЧ массовая раздача потребителям наркотических средств бесплатных агонистов опиума, привлекает эту малодоступную группу к дальнейшему контакту с медицинскими организациями, снижает спрос на нелегальные наркотики и тем самым подрывает экономические основы нелегального наркобизнеса. В то же время многие считают, что «заместительная терапия» противоречит этическим принципам, так как пероральный прием агонистов опиатов не уменьша-

ет зависимость и наносит потребителю не меньший вред, чем парентеральный. Данное мнение сегодня преобладает среди российских лиц, принимающих решения, в связи с чем «заместительная терапия» в России не применяется. В настоящее время проходит изучение возможности использования для предупреждения заражения ВИЧ препаратов, снижающих тягу к наркотикам и не формирующих зависимости (антагонистов опиума, связывающихся с рецепторами, но не вызывающими их раздражения). К этому следует добавить, что как применение агонистов, так и использование антагонистов опиума требует последующего длительного психологического сопровождения, которое является не менее важным, чем применение препаратов. Кроме того, пероральный прием психотропных веществ не снижает вероятности заражения половым путем, тем более, что ряд психотропных препаратов стимулирует половую активность и снижает уровень оценки рисков заражения. Тем не менее, при индивидуальной работе с потребителями наркотических средств целесообразно предоставлять им соответствующую информацию.

Сложность задачи по организации обучения потребителей наркотических средств способам предупреждения заражения ВИЧ обусловлена тем, что распространение наркотиков в России преследуется уголовным законом, в связи с чем многие ПИН трудно достижимы для обучения, так как уклоняются от контактов с государственными организациями. Доступной для обучения группой являются только те, кто обращается за медицинской помощью в связи с употреблением наркотиков, но ее численность существенно ниже численности латентной части наркопотребителей. Кроме этого, потребители психотропных веществ делятся на отдельные группы, различающиеся по своему поведению. Потребители наркотиков мало интересуются СМИ, поэтому для предотвращения передачи ВИЧ в этой группе необходимы специальные программы по их информированию, которые можно осуществлять в таких местах, как учреждения для лечения наркомании. Для обучения наркопотребителей можно использовать также места заключения, где они часто оказываются. Для распространения информации могут использоваться также аптеки, куда наркопотребители обращаются для покупки шприцев и игл или ингредиентов для приготовления психотропных веществ.

Профилактические программы для наркопотребителей должны быть низкопороговыми, то есть обеспечивающими легкий доступ для ПИН к оказанию бесплатных и анонимных услуг независимо от наличия паспорта, регистрации, актуального потребления наркотиков и других факторов. Работа программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН может быть организована в стационарном или

мобильном пунктах профилактики, для обучения «латентной» группы наркопотребителей наиболее эффективна аутрич-техника. Аутрич-работа является обязательным компонентом комплексной программы и направлена на установление и поддержание контакта с ПИН, профилактику рискованного поведения и мотивирование клиентов на получение медицинской, социальной и психологической помощи. Эта работа проводится путем консультирования, в том числе по принципу «равный—равному», предпочтительным для ПИН.

Особое внимание при профилактике заражения ВИЧ и вирусами гепатитов среди ПИН должно уделяться методам мотивации. Информация, предоставляемая потребителям наркотических средств должна объяснять им значение факторов передачи ВИЧ, таких как, кровь, роль в передаче ВИЧ контаминированных растворов наркотика, загрязненных кровью игл и шприцев, фильтров, ваток, растворов для промывания шприцев. В процессе консультирования ПИН должны быть проинформированы о возможности использования стерильных или индивидуальных шприцев и прочего оборудования, возможности термической или химической дезинфекции растворов и оборудования. Эффективно сочетание обучения ПИН с предоставлением комплексного пакета услуг, который включает следующие вмешательства:

- лечение наркотической зависимости, профилактика передозировок, реабилитация;
- тестирование на ВИЧ и консультирование;
- антиретровирусная терапия, формирование и поддержка приверженности лечению для ПИН инфицированных ВИЧ;
- диагностика, профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем;
- программа по пропаганде использования и обеспечению презервативами ПИН и их половых партнеров;
- информирование, обучение ПИН и их половых партнеров;
- профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов;
- профилактика, диагностика и лечение туберкулеза;
- низкопороговые программы, включающие предоставление ПИН стерильного инструментария;
- программы социального сопровождения.

Необходимо обеспечить доступ ко всем видам помощи для женщин ПИН и, особенно, для женщин ПИН с детьми и беременных, которые имеют особые потребности и в настоящее время не имеют возможности получать многие виды помощи. Одним из подходов к решению части задач является создание системы кризисных центров для женщин ПИН. ВИЧ-позитивным ПИН необходимо обеспечить доступ к бесплатным медицинским услугам, включая лечение

как наркотической зависимости, так и ВИЧ-инфекции и комплекс других медицинских услуг и поддержки.

Очень важными компонентами профилактических программ являются программы социальной реабилитации и ресоциализации, медико-социального сопровождения ВИЧ-положительных потребителей наркотических средств, освобождающихся из мест лишения свободы.

**Профилактика среди коммерческих секс-работников (КСР).** Согласно международному определению, к числу КСР относятся «женщины, мужчины и транссексуалы, как взрослые, так и молодежь, которые получают деньги или продукты в обмен на сексуальные услуги на постоянной или непостоянной основе...»; КСР могут получать в обмен на услуги также психотропные препараты. Считается, что секс-работники склонны к рискованному поведению, приводящему к заражению ВИЧ-инфекцией, такому как незащищенный (презервативами) секс, большое количество сексуальных партнеров и рискованные формы сексуальных практик, а так же употребление наркотиков и алкоголя. Однако ряд исследований показывает, что благодаря предшествующим профилактическим мероприятиям, часть секс-работников регулярно пользуется презервативами и использует дезинфектанты и гигиенические процедуры после контактов с клиентами, что уменьшает для них риск «профессионального» заражения ВИЧ. Необходимо учитывать, что часто для этой группы секс-работников угрозу заражения представляют половые контакты с «некоммерческими» партнерами (с которыми презервативы могут не использоваться), так же употребление парентеральных наркотиков. КСР в зависимости от формы их стиля поиска клиентов делятся на много подгрупп: подыскивающие клиентов на автострадах и улицах, ожидающие в публичных домах, в гостиницах, приезжающие по телефонному вызову и прочие. Доступ к этим группам для их обучения может технически различаться. Профилактические программы должны охватывать по возможности все категории КСР и осуществляться на постоянной основе в связи с высоким уровнем ротации среди КСР. Профилактические вмешательства должны быть направлены не только на КСР, но и на их клиентов, а при возможности на организаторов секс-бизнеса (сутенеров), а так же сотрудников полиции.

Профилактика заражения ВИЧ-инфекцией среди КСР является общественно важной задачей, так как предупреждает не только заражение самих секс-работников, но и их клиентов, которые в свою очередь могут распространять ВИЧ среди остального сексуально-активного населения. При этом работники секс-бизнеса более уязвимы, часто подвергаются насилию, они имеют ограниченный доступ к службам помощи, включая лечение и профилактику ИППП,

ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости. Для этой уязвимой группы зачастую являются малодоступными многие медицинские услуги и другие виды помощи, в том числе в связи с неподходящим для работников секс-бизнеса графиком работы учреждений. Стигматизация и дискриминация КСР, криминализация секс-бизнеса ограничивает их возможности по обращению за помощью в государственные медицинские учреждения. Очень часто проституцией занимаются мигранты.

С учетом этих факторов, профилактические программы должны быть низкопороговыми, то есть обеспечивающими легкий доступ для КСР к оказанию бесплатных и анонимных услуг независимо от наличия паспорта, регистрации, потребления наркотиков и других факторов. Наиболее эффективно в рамках профилактических программ использовать среди КСР методы аутрич-работы, индивидуального консультирования и группового обучения по принципу «равный—равному». Информирование, обучение и коммуникация для КСР и их сексуальных партнеров:

- программа по пропаганде использования и обеспечению презервативами КСР и их половых партнеров;
- тестирование на ВИЧ-инфекцию и консультирование;
- диагностика, профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем;
- антиретровирусная терапия, формирование и поддержка приверженности лечению для инфицированных ВИЧ КСР;
- профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов;
- профилактика, диагностика и лечение туберкулеза;
- программы социального сопровождения и юридической помощи КСР.

Для повышения эффективности оказания медицинских услуг для КСР рекомендуется формировать дружественные подходы при организации помощи данной целевой группе, предполагающие наличие доверенных врачей, специально выделенных кабинетов и клиник. Секс-работникам, злоупотребляющим алкоголем, потребляющим наркотики, особенно инъекционным путем, необходимо обеспечить доступ к наркологической помощи и к достоверной информации, а в случае необходимости — к комплексной наркологической помощи.

**Профилактика среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ).** Понятие «мужчины, практикующие секс с мужчинами» используется для определения типов сексуального поведения мужчин, вступающих в половые отношения с другими мужчинами, независимо от мотивации вовлечения в сексуальные контакты или самоидентификации принадлежности к какому-либо

или никакому определенному «сообществу». Проблемой является отношение к этой группе как к малочисленной и однородной, в то время она имеет численность не мене 2–4% от взрослого мужского населения и состоит из множества подгрупп с различными социальными и поведенческими особенностями, в том числе мужчин-гомосексуалов, трансгендерных (желающих поменять или поменявших пол) мужчин и мужчин-бисексуалов. Гомосексуальное поведение может быть как следствием естественных склонностей и добровольного выбора, так и вынужденным поведением, вызванным принуждением или изоляцией от женщин, например, во время пребывания в заключение, службы в армии. Жизнь МСМ (геев, бисексуалов и трансгендерных лиц) связана со специфическими субкультурными поведенческими практиками, неизвестными для многих специалистов системы здравоохранения, а кроме того гомосексуальное поведение в России в значительной мере стигматизировано. В силу разнородности МСМ не все подходы к их обучению могут быть равно эффективны. Так, наименее доступной для обучения группой считаются бисексуалы, в большинстве случаев состоящие в браке с женщинами, которые могут не считать себя МСМ и не участвовать в мероприятиях, организуемых среди «геев».

С другой стороны, МСМ часто принадлежат к сравнительно культурным, «продвинутым», слоям населения, они, например, чаще пользуются интернетом (в том числе и для поиска новых половых партнеров, что в ряде стран считают фактором, увеличивающим риски распространения ВИЧ). МСМ также проявляют большее внимание к своему здоровью, ВИЧ-позитивные МСМ более привержены АРТ. Эти особенности могут быть использованы для организации и проведения в этой среде обучающих мероприятий.

Основной риск заражения ВИЧ при половых контактах между мужчинами связывают преимущественно с особенностями сексуального поведения и незащищенным (без презерватива) анальным сексом. К заражению ИППП/ВИЧ/ВГ могут приводить так же орально-анальные и орально-генитальные контакты или использование общих сексуальных игрушек. Заражение ВИЧ МСМ может происходить так же при парентеральном употреблении психотропных веществ и при половых контактах с женщинами.

Программы информирования и обучения по вопросам профилактики ВИЧ и ИППП для МСМ должны включать вмешательства на индивидуальном и групповом уровнях. Вмешательства на основе индивидуального консультирования сфокусированы на снижении персонального риска заражения. Вмешательства на групповом уровне в сообществах МСМ могут проводиться при участии специально обученных по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции лидеров и активистов сообщества МСМ. Повышают эффективность профилактических вмеша-

тельств коммуникационные технологии с использованием интернета, социального маркетинга, аутрич-работы и равного консультирования. Интернет-технологии могут обеспечить персональное и анонимное получение информации при онлайн-консультировании. Целесообразно использовать такие новые методы, как информирование с помощью мобильных приложений и смс-рассылки, использовать специализированные СМИ для МСМ и места распространения печатной продукции (например, информационные стойки в барах и клубах). Одним из самых эффективных методов работы с МСМ является проведение аутрич-работы, такой подход используется в местах встреч для знакомств МСМ. Основная рекомендация для МСМ – постоянное и правильное использование презервативов и смазок при анальных половых контактах как главный способ защиты от заражения ВИЧ-инфекцией. При этом использование смазки на водной или силиконовой основе – ключевое условие правильного использования и надежности презерватива при анальных половых контактах (см. Приложение 1).

Всемирная организация здравоохранения в качестве стратегии личного выбора исключительно для ВИЧ-инфицированных МСМ, не желающих использовать презервативы предлагает выбирать себе полового партнера с известным аналогичным серологическим ВИЧ-статусом, («серосортинг»). Однако такой подход не защищает от ИППП и суперинфекции ВИЧ, в том числе резистентными штаммами.

**Диспансерное наблюдение и лечение людей, живущих с ВИЧ.** Хотя основной целью диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных пациентов является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни, организация этого процесса имеет большое значение как противоэпидемическое мероприятие. В процессе диспансеризации осуществляется консультирование и обучение ВИЧ-позитивных пациентов по вопросам сексуальной жизни, а так же консультирование их половых партнеров, что уменьшает риск передачи ВИЧ. Применение АРТ с целью лечения приводит к снижению вирусной нагрузки, снижению контагиозности ВИЧ-позитивного лица. Одной из наиболее существенных проблем в лечении ВИЧ является приверженность пациентов лечению, то есть насколько правильно пациент следует рекомендациям врача по применению схем лечения. При недостаточной приверженности терапии высока вероятность выработки у пациента резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам, что приведет не только к неэффективности лечения, но и к дальнейшему распространению резистентных штаммов в популяции.

Наилучших результатов по повышению приверженности пациентов лечению можно достичь при использовании мультипрофессиональ-

ных команд, которые создаются по принципу постоянного практического взаимодействия между ее специалистами для оперативного и эффективного решения проблем пациента и школ пациента.

**Социальное сопровождение и поддержка лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом.** В связи с социальными причинами распространения ВИЧ, уязвимостью и тяжелыми последствиями развития заболевания для инфицированных ВИЧ, эта группа населения нуждается в предоставлении социального сопровождения, поддержки и ухода. Эта деятельность направлена на улучшение качества жизни инфицированных ВИЧ, которое достигается предоставлением доступа и формированием приверженности к необходимой медицинской помощи и лечению, оказанием социально-психологической и правовой поддержки ВИЧ-инфицированным. Социальная помощь является обязательным компонентом комплексной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей. Она направлена на профилактику распространения ВИЧ-инфекции, улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированных через оказание им поддержки в выходе из трудной жизненной ситуации (социально опасного положения), а также на уменьшение случаев отказа от ребенка. Социальное сопровождение осуществляется группой (командой) специалистов различных дисциплин — специалистом по социальной работе, психологом, врачом-инфекционистом, юристом. Применение технологии междисциплинарного ведения случая позволяет не только обеспечить доступ к получению помощи клиентам из наиболее «уязвимых» групп населения, но и создать эффективные механизмы защиты детей, чьи родители находятся в трудной жизненной ситуации.

Основные задачи социальной работы с ВИЧ-позитивными:

- создание условий, при которых клиенты могут осуществить все положенные по закону гарантии;
- помощь в создании условий жизнедеятельности (учебы, работы, лечения, отдыха), в которых клиент чувствовал бы себя востребованным, включенным в социум;
- увеличение степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь и более успешно разрешать возникающие проблемы;
- создание условий, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и на их основе адаптироваться к новым условиям жизни в обществе;
- достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у клиента отпадает.

Большим ВИЧ, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симпто-

матической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе должна быть предоставлена паллиативная помощь.

**Борьба со стигмой и дискриминацией.** Исследования показывают, что связанные с ВИЧ стигма и дискриминация широко распространены, имеют серьезное негативное влияние на качество жизни людей, живущих с ВИЧ и членов их семей, а также усиливают тяжесть последствий от развития эпидемии. Стигма и дискриминация являются серьезным препятствием на пути к осуществлению профилактики ВИЧ, расширению охвата тестированием на ВИЧ, а также повышению доступа и приверженности к медицинской помощи и лечению ВИЧ.

Стигма в связи с ВИЧ/СПИДом базируется на многочисленных факторах, включая непонимание заболевания, неверные представления о путях передачи ВИЧ, отсутствие доступа к лечению, безответственные высказывания средств массовой информации на темы эпидемии, неизлечимый характер СПИДа, предрассудки и страхи в отношении целого ряда деликатных, с точки зрения общества, вопросов, таких как сексуальные отношения, заболевание и смерть, потребление наркотиков.

Мероприятия, направленные на сокращение стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, можно подразделить на три основные группы:

1. *Предотвращение или снижение стигмы*, включая обеспечение доступа к помощи, лечению и улучшению качества жизни инфицированных ВИЧ, мобилизацию сообщества, популярных персон и религиозных деятелей для формирования уважения и сочувствия к людям, живущим с ВИЧ, вовлечение ЛЖВ в мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции и повышение уровня информированности с помощью СМИ.

2. *Борьба с проявлениями дискриминации* обычно ведется на уровне учреждений, чаще по месту работы ВИЧ-позитивных и в медицинских организациях. Этот компонент включает обучение руководителей и сотрудников учреждений по вопросам ВИЧ, прав человека и незаконности дискриминации, обеспечение доступа для инфицированных ВИЧ к помощи и уходу и применение политики недискриминации на рабочем месте, в том числе, применение правовых действий для борьбы с дискриминацией, например, обеспечение возможности возмещения ущерба в случае выявления фактов дискриминации.

3. *Пропаганда и защита прав человека, включая мониторинг нарушений прав человека.* Правозащитные подходы включают применение правовых действий для борьбы с дискриминацией и другими нарушениями прав человека в различных сферах; обеспечение возможности возмещения ущерба; проведение кампаний для информирования о правах, включая повышение уров-

ня знаний о правах человека среди людей, живущих с ВИЧ.

**Борьба с ложной информацией и неверными представлениями о методах профилактики ВИЧ.** Ложная информация о ВИЧ (дезинформация) нередко распространяется как в Российской Федерации, так и за рубежом, в том числе через средства массовой информации, в особенности через интернет. Основными темами этой информации являются: отрицание существования ВИЧ, отрицание связи между заражением ВИЧ и развитием СПИД, отрицание эффективности АРТ, утверждение о ее «вредности» (СПИД-диссидентство), отрицание эффективности профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции, отрицание развития в Российской Федерации эпидемии ВИЧ. Подобная дезинформация может наносить вред как организации профилактических мероприятий в целом, так и отдельным лицам, которые, поддавшись ложным сообщениям, могут отказаться от лечения.

Как правило, эти публикации не соответствуют научным данным или основываются на устаревших публикациях. Причинами, по которым то или иное лицо распространяет неверные сведения, могут быть:

- корыстная заинтересованность: конкуренция в распределении бюджетных средств; опасения потерять доходы от распространения наркотиков и от торговли секс-услугами; продвижении альтернативных методов «лечения СПИДа» (таких как «укрепление большого иммунитета, космическими лучами»);
- реакция психологической защиты у ВИЧ-инфицированных лиц в типичной форме «отрицания болезни»;
- стремление не достигших своих амбиций личностей «прославиться» за счет «неординарных взглядов»;
- боязнь персональной ответственности за плохую организацию противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа (чаще встречается у «руководящих» работников);
- добросовестные заблуждения, связанные с недостатком знаний и навязанные другими лицами.

В каждом случае «СПИД-диссидентства» или попыток уменьшить значение распространения ВИЧ можно выявить персональный мотив, что следует, наряду с привлечением современных научных данных, использовать для противодействия распространению ложных представлений.

**Подготовка кадров.** Профилактические программы среди различных групп населения могут быть реализованы только при условии специальной подготовки лиц, которые будут ее осуществлять. Поэтому обучение кадров должно планироваться как один из первых по времени этапов программы.

Обучение медицинского персонала должно проводиться на очных или очно-заочных курсах повышения квалификации специалистов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Вопросы профилактики передачи ВИЧ необходимо включить в программы тематического усовершенствования и сертификационные циклы последипломного образования врачей. Для обучения должны использоваться информационно-методические материалы по профилактике ВИЧ.

Обучение сотрудников неправительственных организаций, особенно равных консультантов и аутрич-работников, должно проводиться уполномоченными государственными организациями на специальных очных или заочных обучающих курсах для специалистов этих организаций по вопросам профилактики передачи ВИЧ.

**Программы действий по профилактике ВИЧ.** Осуществление профилактики ВИЧ требует вовлечения учреждений разного ведомственного подчинения (административные, планово-финансовые учреждения, здравоохранение, образование, информация, общественная безопасность, оборона), частных и общественных организаций и отдельных граждан, поэтому все задействованные участники должны привлекаться к этой деятельности уже на этапе планирования комплексных программ по профилактике ВИЧ. Эти программы целесообразно сочетать с программами по профилактике вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи и ИППП. Планирование и контроль за осуществлением программ и их координацию должен осуществлять постоянно действующий координационный совет во главе с полномочным представителем администрации (правительства).

Программы по профилактике ВИЧ должны обеспечивать максимальный охват целевых групп информационными и просветительскими мероприятиями; недостаточный охват населения профилактическими программами не отразится на таких показателях, как число новых случаев ВИЧ, число смертей от ВИЧ/СПИДа. В то же время программы должны носить долгосрочный характер, так как их влияние на заболеваемость и смертность из-за особенностей эпидемии ВИЧ может проявляться только через несколько лет после начала осуществления мероприятий.

Концепция инвестиций ЮНЭЙДС, разработанная в 2011 году с целью повышения эффективности затрат, предусматривает рациональное выделение ресурсов, необходимых для обеспечения существенного и устойчивого прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД. Важным аспектом осуществления программ по противодействию эпидемии ВИЧ является экономическая эффективность вмешательств и рациональное расходование средств.

План должен предусматривать финансирование и осуществление основных элементов



программ по профилактике ВИЧ с учетом особенностей региона, заблаговременным подбором соисполнителей (см. таблицу ниже).

**Ключевые индикаторы оценки эффективности программ профилактики ВИЧ.** Для осуществления спланированной деятельности одним из важных элементов управления является контроль как за ходом выполнения мероприятий для достижения поставленных целей, так и за их эффективностью. Такой контроль осуществляется в ходе мониторинга и оценки (МиО). Мониторинг – это постоянный сбор и регистрация информации по заданным параметрам с целью регулярного отслеживания успехов, достигнутых в ходе выполнения работ и сравнение текущего состояния дел с планом. Оценка – осуществление анализа эффективности проведенных мероприятий и определение ценности проводимых вмешательств.

Источниками данных системы МиО комплексных программ по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний среди ПИН являются государственные отчетно-учетные формы федерального государственного статистического наблюдения; отрас-

левая форма мониторинга выполнения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИДа и гепатитов В и С; данные о поведении различных групп населения, полученные в результате специальных эпидемиологических исследований; системы мониторинга и оценки отдельных проектов/программ.

Плановые выборочные биоповеденческие исследования среди уязвимых групп населения (ПИН, КСР, МСМ) и общей популяции являются важным и зачастую незаменимым источником информации при оценке эффективности профилактических программ. Необходимо предусмотреть систематическую организацию плановых выборочных серологических и поведенческих исследований среди уязвимых групп населения как минимум 1 раз в 3 года.

Ключевые индикаторы оценки эффективности программ профилактики ВИЧ национальных индикаторах Российской Федерации по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ и ключевых индикаторах ЮНЭЙДС по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом приведены в *Приложении 2*.

Мероприятия	Соисполнители
<b>Информирование и обучение</b>	
Группы населения, важные для организации профилактических мероприятий	Координационный совет по профилактике и борьбе со СПИДом, Роспотребнадзор, медицинские организации
Общее население	Органы здравоохранения (СПИД-центры), СМИ, неправительственные и общественные организации, Роспотребнадзор
Доступные для обучения организованные группы населения	Учреждения системы образования, ФСИН России, ФМС России, учреждения МО, органы и учреждения здравоохранения, профсоюзы, работодатели, Роспотребнадзор
Группы, имеющие ограниченный доступ к обучению	Неправительственные организации, правоохранительные органы, органы социальной защиты
Особо уязвимые группы населения	СПИД-центры, наркологические диспансеры, КВД, ФСКН России, неправительственные и общественные организации, правоохранительные органы
<b>Противоэпидемические мероприятия</b>	
В отношении источника инфекции	Роспотребнадзор, СПИД-центры, профильные организации и учреждения системы здравоохранения, акушерско-гинекологическая служба, ФМС
В отношении путей передачи	Роспотребнадзор, СПИД-центры, КВД, центры крови
<b>Медицинская помощь и антиретровирусное лечение ВИЧ-положительных лиц</b>	СПИД-центры, учреждения здравоохранения, Роспотребнадзор
<b>Социальное сопровождение, поддержка и уход для лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом</b>	СПИД-центры, учреждения социальной службы
<b>Борьба со стигмой и дискриминацией</b>	СМИ, неправительственные организации, правоохранительные органы, Роспотребнадзор
<b>Подготовка кадров</b>	Роспотребнадзор, СПИД-центры, центры подготовки и переквалификации медицинских работников, неправительственные организации

Полученную в рамках осуществления МиО информацию необходимо регулярно предоставлять руководству программ, руководству администрации и организаций здравоохранения для своевременной коррекции проводимых вмешательств и адекватного планирования мероприятий по профилактике ВИЧ.

## Приложение 1

### **ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕЗЕРВАТИВОМ**

- Презерватив всегда должен находиться при вас. Приобретать его нужно заранее, так как в необходимый момент на это может не оказаться времени или купить его будет негде. Заранее подумайте о том, как будете убеждать партнера в необходимости его использования.

- Покупать его желательно в аптеках или специализированных магазинах, где обеспечиваются необходимые условия его хранения.

- Покупать нужно презервативы с гарантией качества.

- Для каждого вида секса (орального, вагинального и анального) используются специальные предназначенные для этого презервативы, что указано на упаковке.

- Необходимо перед использованием проверить целостность упаковки, дату изготовления и срок годности презерватива (презервативы различаются по срокам хранения – от 2 до 5 лет; презервативам вредна высокая температура, они не переносят солнечного света и страдают от контактов с веществами, вступающими в реакцию с латексом (например, масла); условия хранения презервативов – сухое прохладное место, исключающее возможность механического повреждения и подальше от солнца).

- По размеру презервативы могут быть стандартными и увеличенными, в разных странах стандарты могут отличаться, важно подбирать презерватив по размеру.

- Для профилактики заражения ВИЧ не подходят текстурированные (с ребрышками, пупырышками) презервативы, поскольку риск разрыва у таких презервативов выше.

- Открывать упаковку нужно только пальцами (не ножницами, не ногтями).

- В случае необходимости (и даже желательно) использовать дополнительную смазку только на водной основе.

- Надевать презерватив необходимо непосредственно перед половым актом (до проникновения) на половой член в состоянии эрекции.

- Перед надеванием презерватива убрать воздух из спермоприемника.

- Раскатать по всей длине полового члена.

- Необходимо следить за тем, чтобы презерватив оставался на половом члене во время все-

го полового акта. Если презерватив соскользнул или разорвался нужно использовать новый, прежде чем продолжить половой акт.

- Презерватив рассчитан на использование в течение не более 30 мин.

- После семяизвержения нужно вынуть пенис из влагалища, придерживая презерватив у основания во избежание его соскальзывания.

- Завязать презерватив, завернуть в бумагу и выбросить в мусорное ведро.

- Презерватив используется только один раз!

## Приложение 2

### **КЛЮЧЕВЫЕ ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

#### **Цель № 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем на 50% до 2015 года**

(ООН, Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, 2011 г.).

#### **Общее население:**

1.1. Процент молодых женщин мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

1.2. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.

1.3. Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.

1.4. Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта.

1.5. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

1.6. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения

1.6.1. Распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых людей в возрасте 15–24 года.

1.6.2. Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 15–49 лет.

1.6.3. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

1.6.4. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин в возрасте 15–49 лет.

#### **КСР**

1.7. Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ-инфекции.

1.8. Процент КСР, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.

1.9. Процент КСР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

1.10. Распространенность ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса.

#### **МСМ**

1.11. Процент МСМ, которые охвачены программами профилактики ВИЧ.

1.12. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.

1.13. Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

1.14. Распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ.

#### **Цель № 2. Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 г.**

2.1. Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год.

2.2. Процент ПИН, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта.

2.3. Процент ПИН, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.

2.4. Процент ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.

2.5. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН.

#### **Цель № 3. Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г. и значительно сократить материнскую смертность вследствие СПИДа**

3.1. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

3.1.1. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности.

3.1.2. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов.

3.1.3. Процент детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получающих антиретровирусные препараты для предотвращения передачи вируса от матери к ребенку.

3.1.4. Процент пар мать-ребенок, которые получили полную трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку (во время беременности, в родах и новорожденному), включая три и более АРВ препарата во время беременности.

3.2. Процент детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, прошедших определение ДНК или РНК ВИЧ методами молекулярной диагностики в течение первых двух месяцев со дня рождения.

3.3. Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку.

#### **Цель № 6. Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов**

6.1. Федеральные, региональные и международные расходы в связи со ВИЧ с разбивкой по направлениям работы и источникам финансирования.

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

#### **Россия передала Минздраву Кыргызской Республики мобильно-клинический комплекс**

Правительство Российской Федерации подарило Министерству здравоохранения Кыргызской Республики (КР) мобильно-клинический комплекс. Об этом сообщила специалист по связям с общественностью Национального общества Красного Полумесяца КР (НОКП КР) Жылдыз Султаналиева. Как указывается, церемония передачи комплекса, в рамках проекта RUSAID «Совершенствование систем профилактики ВИЧ/СПИДа, ИППП и вирусных гепатитов среди групп населения, особенно уязвимых в отношении этих инфекций, включая мигрантов», состоится 27 июня. В мероприятии примут участие представители Минздрава КР, Российской региональной общественной организации «СПИД инфосвязь», Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, НОКП КР и Ре-

гионального и Странового офисов Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS). Мобильный комплекс представляет собой большой фургон на автомобильном шасси КамАЗ, на борту которого находятся лаборатория, УЗИ-аппарат и смотровые комнаты. В комплексе на постоянной основе будут работать врач общей практики, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, а также медсестра-лаборант, которые на местах будут предоставлять бесплатные услуги уязвимым людям. Комплекс способен оказывать помощь до 150 человек в день, включая проведение инструментальных (УЗИ, кардиограмма и др.) и лабораторных исследований и консультаций врачей разных специальностей. Аутрич-работники и промоутеры НОКП КР будут своевременно извещать местных жителей уязвимой категории о прибытии мобильного комплекса в их местность и том, какие услуги он предоставляет.

[http://www.aids74.com/print\\_news](http://www.aids74.com/print_news)

## ДНК-МЕТИЛТРАНСФЕРАЗА 3а СПОСОБНА ИНГИБИРОВАТЬ ВИРУС ГЕПАТИТА В ПОСРЕДСТВОМ МЕТИЛИРОВАНИЯ X-ПРОМОТЕРА, СПЕЦИФИЧНОСТЬ КОТОРОГО ОБЕСПЕЧИВАЮТ ЦИНКОВЫЕ ПАЛЬЦЫ\*

© 2014 Л. Ксиронг<sup>1,2,3</sup>, Л. Руи<sup>1</sup>, Й. Ксяоли<sup>1</sup>,  
Х. Киуян<sup>1</sup>, Т. Бикуи<sup>1</sup>, З. Сибо<sup>1</sup>, З. Наишуо<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *Laboratory of Molecular Immunology, State Key Laboratory  
of Genetic Engineering, School of Life Sciences, Fudan University,  
Shanghai 200433, China; E-mail: holyinshanghai@163.com*

<sup>2</sup> *Shanghai Xinxing Medicine Co., LTD, Shanghai 200135, China;  
E-mail: naishuoz@sina.com*

<sup>3</sup> *Institute of Biomedical Sciences, Fudan University, Shanghai 200433,  
China; fax: 86(21)5566-4032, E-mail: lixirong@fudan.edu.cn*

Изучали вопрос: вызывает ли ДНК-метилтрансфераза 3а (Dnmt3a), специфичная к X-промотору (XP) вируса гепатита В, эпигенетическую супрессию последнего. С-конец ДНК-метилтрансферазы 3а (Dnmt3aC) был слит с пептидом, содержащим шесть цинковых пальцев и обладающим сродством к X-промотору, в результате чего была получена химерная форма ДНК-метилтрансферазы, обозначаемая далее XPDnmt3aC. Специфичность связывания и метилирующей активности химерной XPDnmt3aC оценивали с помощью метода задержки в геле и метода специфичной к метилированию ПЦР, соответственно. Активность X-промотора и экспрессия HBV были значительно снижены в клетках HepG2, трансфицированных плазмидой rXPDnmt3aC. Инъекция химерной XPDnmt3aC в трансгенные HBV мыши (TgHBV) также приводила к значительному ингибированию, что выражалось в понижении уровня поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) в сыворотке крови и уменьшению вирусной нагрузки. Таким образом, химерная XPDnmt3aC специфически подавляет вирус гепатита В посредством сайт-специфичности метилирования ДНК, обеспечиваемой цинк-цинковыми пептидами. Полученные результаты свидетельствуют о возможности эпигенетической регуляции заболеваний, ассоциированных с гепатитом В.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** вирус гепатита В, X-промотор, ДНК-метилтрансфераза, цинковые пальцы, сайт-специфическое метилирование ДНК, регуляция генов, метилирование X-промотора приводит к снижению уровня экспрессии HBV.

Вирусом гепатита В (HBV) заражено более 350 млн человек по всему миру, он является основной причиной цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (hepatocellular carcinoma, HCC) [1]. В настоящее время для лечения хронической HBV инфекции применяют интерферон- $\alpha$  и аналоги нуклеотидов, однако эти антивирусные препараты редко приводят к элиминации вируса и полному выздоровлению [2, 3]. Более того, пролонгированное использование аналогов нуклеотидов, таких как ламивудин, адефовир дипивоксил и этекавир, приводит, как правило, к развитию лекарственной устойчивости [3]. Ковалентно-замкнутая кольцевая ДНК вируса гепатита В сохраняется в ядрах клеток хозяина и обуславливает повторное развитие инфекции по окончании антивирусной терапии или развитию устойчивости. В связи с этим, разработка новых подходов к борьбе с вирусом гепатита В является актуальной задачей.

Гиперметилирование CpG последовательностей в промоторах множества генов, как правило, приводит к снижению уровня транскрипции [4, 5]. Метилирование промоторов некото-

рых вирусных генов играет роль в обеспечении латентности и длительного сохранения вируса в организме и часто наблюдается при вирусных заболеваниях человека, в том числе таких, как вирус Эпштейн–Барра (EBV) [6], вирус иммунодефицита человека 1 типа (HIV-1) [7] и вирус гепатита В (HBV) [8, 9]. Было показано, что повышение степени метилирования CpG-динуклеотидов в кольцевой вирусной ДНК ассоциировано со снижением количества ДНК HBV в сыворотке крови и приводит к подавлению репликативной активности вируса [8, 9]. В связи с этим, исследование регуляторной роли специфического метилирования ДНК в процессе подавления репликации вируса гепатита В представляет значительный интерес.

Обратимость эпигенетических модификаций способствовала разработке лекарственных препаратов, мишенью которых являются ферменты, катализирующие эпигенетические модификации в процессе развития раковых заболеваний у человека [10]. Одобренные Федеральным Управлением по надзору за качеством продуктов питания и лекарственных средств Правительства США эпигенетические препараты, как правило, действуют на весь геном, поскольку

\* Биохимия, 2014, т. 79, вып. 2, с. 154–168.

ку они чрезвычайно неспецифичны. Первые исследования адресного метилирования ДНК анализировали ДНК-метилтрансферазу, генетически сшитую с последовательностями специфических ДНК-связывающих белков, таких как цинк-фингерные белки, которые играли роль адресующего домена, обеспечивая метилирование цитозина в промотере-мишени, интегрированном в геном. В результате ученые наблюдали наследуемое подавление экспрессии генов, как, например, в случае с ингибированием простого вируса гепатита 1 типа (HSV-1) [11–16]. Насколько нам известно, специфическое метилирование ДНК не использовали для подавления вируса гепатита В.

X-промотор (XP) в геноме вируса гепатита В, перекрывающийся с энхансером I и CpG островком II, является чрезвычайно активным [17], свидетельствуя в пользу предположения о возможности регуляции его активности за счет метилирования ДНК. В настоящей работе мы оценили влияние специфического метилирования X-промотора, направляемого цинк-фингерным белком, на экспрессию вируса гепатита В. ДНК-метилтрансфераза 3а может специфически метилировать CpG-динуклеотиды в 5'-фланкирующей области и в экзонах генов [18]. N-концевой регуляторный домен Dnmt3a обеспечивает ее субстрат-специфичность. Для снижения токсичности, обусловленной неспецифичностью метилирования, C-концевой домен ДНК-метилтрансферазы 3а (Dnmt3aC) использовали для создания специфичной метилтрансферазы [11–15]. Рекомбинантная метилаза снижала уровень экспрессии вируса гепатита В в клетках HepG2 и в трансгенных HBV мышцах (M-TgHBV).

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Плазмиды.** Все праймеры, использованные в работе, были синтезированы в «Invitrogen Corp.» (Китай) (табл. 1). Репортерная плаزمида с X-промотором – rXPLuc, содержащая фрагмент с 956 по 1369 нуклеотид генома HBV (GenBank accession no. AY306136.1), была получена путем модификации вектора pGL3-Basic luciferase reporter vector («Promega», Китай) с использованием праймеров к X-промотору (табл. 1). Химерная метилтрансфераза схематично изображена на рис. 1, г. Пептиды, содержащие шесть цинковых пальцев, специфически связывающиеся с X-промотором, (XPZF) выбирали с помощью программного обеспечения ZF Tools [19]; селекцию проводили с учетом расстояния между сайтами узнавания Dnmt3a и сайтами метилирования ДНК, уникальность сайтов связывания определяли с использованием программного обеспечения blastn NCBI [16, 19]. Для определения последовательности, узнаваемой цинковыми пальцами, использовали метод задержки в геле (Electrophoretic mobility shift assay (EMSA)) (дан-

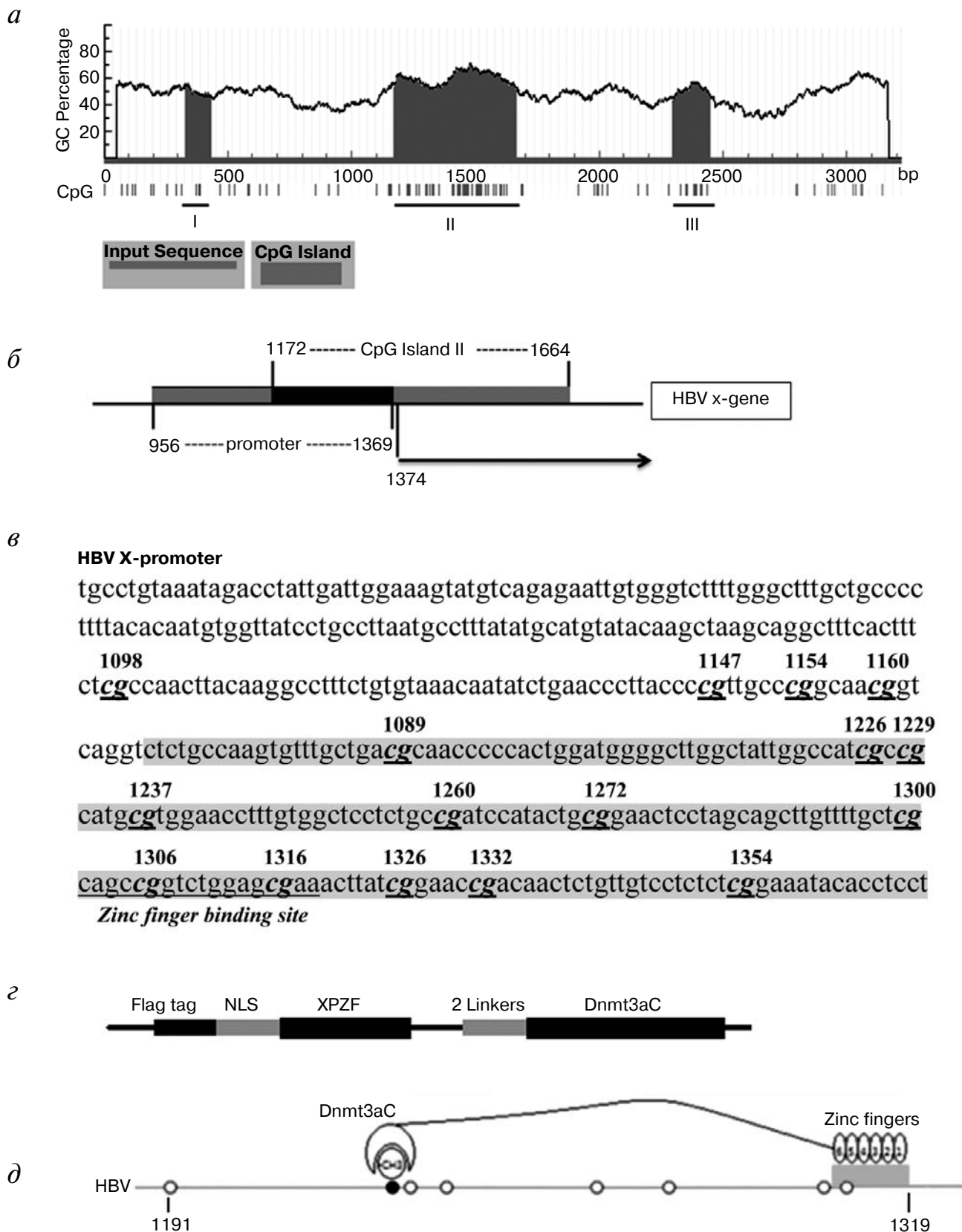
ные не представлены). Последовательность, с которой избирательно связывается XPZF, расположена в участке перекрывания X-промотора и CpG островка II (нт 1302–1319) (рис. 1, а–в). XPZF синтезировали («Jierui Biotech company», China) и амплифицировали с прямым праймером, кодирующим N-концевую метку Flag tag (DYKDDDDK) и сигнал ядерной локализации (PKKKRKV) (рис. 1, з), после чего клонировали в вектор pcDNA3.1(+) («Invitrogen»). Для амплификации C-концевого фрагмента ДНК-метилтрансферазы 3а (нт 2217–3074; GenBank: NM\_175629.1) использовали с pcDNA3/Flag-DNMT3A (из лаборатории Arthur D. Riggs) в качестве матрицы и прямой праймер, кодирующий N-концевой гибкий линкер (Gly4Ser)<sub>2</sub> (рис. 1, з и д). Полученный фрагмент лигировали с фрагментом, кодирующим XPZF, в результате чего получили конструктор, экспрессирующий рекомбинантную ДНК-метилтрансферазу, rXPDnmt3aC. Способную к репликации HBV плазмиду сконструировали согласно протоколу J. Cui [20] с помощью ПЦР амплификации перекрывающихся фрагментов, соответствующих 1.3 генома вируса гепатита В; полученная плазмиды содержала внутренний HBV-промотор, необходимый для транскрипции прегеномной РНК (пгРНК).

**Культуры клеток и трансфекция.** Использовали клеточные линии, полученные из Cell Bank Center Института Shanghai Institutes for Biological Sciences. Клетки HepG2 растили в среде RPMI1640 («Gibco», Китай), содержащей 10%-ную фетальную бычью сыворотку («Gibco»), инактивированной нагреванием, и 1%-ный раствор пенициллина–стрептомицина («Invitrogen»). Для трансфекции клеток плазмидами использовали Sunma-Sofast («Sunma», Китай) – катионный полимерный трансфецирующий реактив – согласно инструкции производителя. Эффективность трансфекции определяли с использованием плазмиды pcDNA3.1EGFP («Invitrogen»), которой трансфецировали клетки отдельно, либо котрансфецировали вместе с экспериментальными плазмидами в соотношении 1 : 1. Эффективность трансфекции составила примерно 55–65% (данные не представлены).

**Трансгенные мыши.** В работе использовали трансгенных мышей линии M-TgHBV, полученных от Shanghai Research Center for Model Organisms, зараженных вирусом гепатита В серотипа adr генотипа С (GenBank accession no. AF461363.1). Мышей получали путем рутинной микроинъекции линеаризованной ДНК вируса гепатита В, выделенной из хронических носителей, инфицированных HBV, в оплодотворенные яйцеклетки мышей C57BL/6J [21]. В опыты брали десяти- и пятнадцатидневных трансгенных самцов, уровень HBsAg в сыворотке которых составлял  $291,1 \pm 67,61$  U/мл, а количество HBV ДНК в сыворотке составляло  $(1,31E + 05) \pm (1,29E + 05)$  копий/мл. Мышей содержали в особых стерильных условиях в соответствии с

Таблица 1. Праймеры, использованные в работе

Аmplификация	Название гена или промотера	Праймер	Точка начала (HBVнт)	Последовательность (5'–3')	Размер (п.о.)
Промотер	X-промотор	прямой	956	TGCCTGTAAATAGACCTATTGATTG	414
		обратный	1369	AGGAGGTGTATTTCCGAGAGAGG	
Ген	Dnmt3aC	прямой	2217	CCAGCTGAGAAGAGGAAG	888
		обратный	3074	CACACACGCAAATACTCC	
	Flag-XPZF	прямой		GATTACAAGGATGACGACGATAAGCCCAA-GAAGAAGCGCAAGGTGCTGGAACCGGG-CGAAAAAC	
		обратный		GCTGGTTTTTTTGCCGGT	
ChIP	участок мишени в X-промоторе	прямой	1170	TCTCTGCCAAGTGTGTTGCTG	215
		обратный	1384	CTAGCAGCCATGGAAAGGAG	
HBV1.3	фрагмент № 1	P1	1037	GTGGTTATCCTGCCTTAATG	1321
		P2	2357	CTCGTCGTCTAACAACAGTA	
	фрагмент № 2	P3	2333	GAAACTACTGTTGTTAGACGAC	1532
		P4	704	CGAACCACTGAACAAATG	
	фрагмент № 3	P5	527	ACGAGTCCTGCTCAAGGAAC	1547
		P6	2073	GCTTGCCTGAGTGCTGTATG	
ПЦР в реальном времени	фрагмент HBV	HBV totF	1816	GCAACTTTTTACCTCTGCCTA	108
		HBV totR	1923	AGTAACTCCACAGTAGCTCCAAATG	
Ген	ген C	прямой	1901	ATGGACATTGGCCCGTATA	552
		обратный	2452	TAACATTGAGATTCCCGAGATT	
	GAPDH	прямой	1901	CAAGGTCATCCATGACAACCTTG	496
		обратный	2452	GTCCACCACCCTGTTGCTGTAG	
Бисульфитное секвенирование	X-промотор	левый M праймер	183	AATTTTTATTTTCGTTGTTCCGGTAAC	202
		правый M праймер	384	AATTATCGATTCCGATAAAATTTTCG	
		левый U праймер	185	TTTTTATTTTGTTGTTTGGTAATGG	
		правый U праймер	385	AAATTATCAATTCCAATAAATTTCACT	
	IL-4R промотор	левый M праймер	1459	TTATTTGGAAATTTAGTTGGGAGTC	193
		правый M праймер		AACGTAAAAAAAACCAAAAAACG	
		левый U праймер	1460	TATTTGGAAATTTAGTTGGGAGTTG	
		правый U праймер		AACATAAAAAAAAACCAAAAAACACT	



**Рис. 1.** Профиль метилирования X-промотора и схематическое изображение специфичной метилтрансферазы. *a* – Компьютерное предсказание расположения CpG островков в X-промоторе. Критерии, использованные для предсказания: размер островка >100 п.о.; процент GC >50,0; Obs/Exp >0,6. Три CpG островка обозначены как I, II и III; *б* – схема участка X-промотора и CpG островка II; *в* – последовательность участка перекрывания CpG островка II и X-промотора. Перекрывающийся участок выделен серым. Положение CpG-динуклеотидов обозначено в соответствии с их расположением в последовательности ДНК вируса гепатита В; *г* – схематичное изображение химерной XPDnmt3aC; *д* – механизм метилирования XPDnmt3aC. N-конец цинк-фингерного пептида связывается с 3'-концом последовательности ДНК мишени

нормами содержания и использования лабораторных животных университета Фудан.

**Вестерн-блот анализ.** Экспрессию XPDnmt3aC изучали через 48 ч после трансфекции клеток HepG2 плазмидой rXPDnmt3aC в шести луночных плашках. Для получения клеточного лизата использовали реагент RIPA («Shenneng Bo Cai», Китай). Белки разделяли электрофорезом в 10%-ном SDS-ПААГ и переносили на нитроцеллюлозную мембрану, которую инкубировали с мышиными моноклональными антителами к ДНК-метилтрансферазе 3a («Abcam») и с соответствующими вторичными антителами, конъюгированными с пероксидазой (HRP). Мембраны обрабатывали хемилюминесцентным реагентом («Thermo») и экспонировали с рентгеновской пленкой (30 с). В качестве внутреннего контроля использовали GAPDH.

Наличие XPDnmt3aC, поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) и Х белка (HBx) в препаратах тканей печени трансгенных мышей анализировали в указанные промежутки времени. Для Вестерн-блот анализа использовали мышиные антитела к Dnmt3a, козы антитела к HBsAg («Abcam») и мышиные антитела к HBx («Abcam»). Специфические полосы на Вестерн-блотах количественно оценивали с помощью программного обеспечения Image J (NIH). Количество белка оценивали денситометрически и нормализовали к количеству β-актина.

**Иммунофлуоресценция.** Клетки HepG2 сажали на покровные стекла в шести луночные плашки из расчета  $5 \times 10^5$  клеток на лунку. Через 48 ч после трансфекции плазмидой rXPDnmt3aC клетки фиксировали в 4%-ном формальдегиде, пермеабелизовали в 0,2%-ном Triton X-100 и блокировали в 10%-ной бычьей сыворотке в течение 30 мин при комнатной температуре. Затем клетки инкубировали с мышиными антителами к Dnmt3a и со вторичными козыми антителами, конъюгированными с флуоресцеинизотиоцианатом (FITC). Нуклеиновые кислоты окрашивали 4',6-диамидино-2-фенилиндолом (DAPI, 1 мкг/мл) в течение 1 мин. Окрашенные стекла анализировали с помощью лазерного сканирующего конфокального микроскопа («Leica»).

**Метод задержки в геле (EMSA).** Для получения ядерного белкового экстракта использовали набор «Cell Plasma» и «Nuclear Protein Extract Kit» («Viagene», Китай). Препарат получали из  $1 \times 10^7$  HepG2 клеток через 48 ч после их трансфекции плазмидой rXPDnmt3aC согласно протоколу производителя. Для анализа использовали меченый биотином на 5'-конце фрагмент ДНК ttgctcgCAGCCGGTCTGGAGCGAAacttатc, который содержал сайт связывания XPZF (выделен заглавными буквами), и фрагмент ДНК, содержащий мутации (выделены подчеркиванием) ttgctcgCGGCTGTTGTGGATCGATacttатc. Анализ задержки в геле проводили с использованием набора «LightShift Chemiluminescent EMSA Kit» («Thermo Scientific»). 15 мкг препарата

ядерных белков инкубировали с вышеописанными двуцепочечными дуплексами, меченными биотином по 5'-концу (50 нМ) в реакционном буфере (буфер для связывания, 2,5%-ный глицерин, 50 нг/мл поли(dI · dC), 0,5 мг/мл БСА) при комнатной температуре в течение 20 мин для формирования ДНК-белковых комплексов. Полученные комплексы разделяли в 5,5%-ном нативном акриламидном геле, переносили на положительно заряженную нейлоновую мембрану и анализировали хемилюминесцентный сигнал.

Связывающую способность XPDnmt3aC в М-ТgHBV мышцах также анализировали с использованием метода задержки в геле. Экстракт ядерных белков получали из клеток печени, выделенных через 48 ч после инъекции rXPDnmt3aC.

**Метод иммунопреципитации хроматина (ChIP).** ChIP анализ осуществляли согласно протоколу, описанному ранее [22].  $2 \times 10^7$  HepG2 клеток, трансфецированных плазмидой rHBV1.3, трансфецировали через 24 ч плазмидой rXPDnmt3aC. Через 40 ч к среде добавляли формальдегид для сшивания белков с ДНК. Клетки лизировали в SDS буфере (50 мМ Tris-HCl, pH 8,0, 10 мМ EDTA, 150 мМ NaCl, 1%-ный SDS) и обрабатывали ультразвуком для того, чтобы разрушить молекулы ДНК до фрагментов размером 200–1000 п.о. Для иммунопреципитации использовали антитела к Dnmt3a и Protein G («Thermo Pierce»). В ПЦР использовали праймеры, специфичные для XP-фрагмента (табл. 1). В работе анализировали препараты из трех независимых иммунопреципитаций.

**Анализ люциферазного репортера.** HepG2 клетки, трансфецированные плазмидой rXPDnmt3aC, через 24 ч трансфецировали 0,3 мкг репортерной плазмидой rXPLuc в 24-х луночных плашках. Активность люциферазы анализировали через 48 ч после котрансфекции. Активность люциферазы светлячка и люциферазы *Renilla* измеряли на люминометре GloMax 20/20 Luminometer («Promega») с набором «Dual-Luciferase Reporter Assay System» («Promega»). Активность люциферазы светлячка нормализовали относительно активности люциферазы *Renilla*, активность промотера вычисляли по относительной активности люциферазы [23].

**Анализ экспрессии и репликации вируса гепатита В.** Сначала был проведен анализ способности rHBV1.3 образовывать независимые вирусы, способные к репликации. Через 48 ч после трансфекции HepG2 клеток плазмидой rHBV1.3 клетки и супернатант собирали и хранили при  $-80^\circ$ . Клетки лизировали в буфере (20 мМ Tris-HCl, pH 8,0, 137 мМ NaCl, 1%-ный нонидет Р-40 и 2 мМ ЭДТА), содержащем смесь ингибиторов протеаз («Roche Applied Science»). Уровень HBsAg в клетках и супернатанте оценивали с помощью иммуноферментного анализа (набор ELISA, Китай). Клеточную геномную ДНК выделяли, используя набор «Multisource Genomic DNA Miniprep Kit» (Axygen, Китай). Экзоген-



ную ДНК и РНК, а также свободные ДНК и РНК HBV удаляли из среды и препаратов клеточной геномной ДНК обработкой ДНКазой I и рибонуклеазой А. ДНК из вирусных коровых частиц выделяли обработкой протеиназой К и двойной экстракцией смесью фенол-хлороформ (25 : 24). Стандартные плазмиды получали путем клонирования фрагмента, содержащего 0,9 генома HBV (нт 1037~3215, 1~704) в вектор pMD-T19 (TaKaRa). Для амплификации коровой ДНК использовали набор SYBR® Green Real-time PCR Master Mix («Toyobo», Китай), праймеры HBVtotF и HBVtotR (табл. 1) и протокол [24]. Полученные данные анализировали с помощью программного обеспечения «Stratagene MxPro». Количество копий вируса вычисляли с учетом калибровочной кривой и выражали в логарифмической шкале (LOG). Препарат суммарной РНК выделяли с использованием реактива TRIzol Reagent («Invitrogen»). РНК HBV анализировали путем амплификации гена С с помощью RT – ПЦР, поскольку прегеномная РНК вируса гепатита В играет роль мРНК для открытых рамок считывания pre-C, С и Р.

Для оценки влияния XPDnmt3aC на репликацию и экспрессию HBV среду от клеток HepG2, котрансфицированных плазмидами rXPDnmt3aC и rHBV1.3, собирали через 24, 48 и 72 ч после трансфекции и анализировали количество HBsAg, коровой вирусной ДНК и гена С как описано выше. Кроме того, проводили гидродинамическую инъекцию смеси 20 мкг rXPDnmt3aC или пустого вектора pcDNA3.1(+) и 20 мкл реактива Entranster™-in vivo Transfection Reagent («Engreen Biosystem», Китай) в хвостовую вену M-TgHBV мышей в объеме буфера, эквивалентном 8% массы тела животного. Всех мышей инъецировали повторно на 4 и 8 день. Печень и сыворотку собирали на 0, 4, 8, 12 и 20-й день. Ткани фиксировали в 4%-ном параформальдегиде и заливали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином для анализа гистологических аномалий. Иммуногистохимическое окрашивание осуществляли с использованием мышиных моноклональных антител к Dnmt3a, HBx и HBsAg и соответствующих вторичных антител, конъюгированных с биотином. Сигнал детектировали с помощью авидина, конъюгированного с пероксидазой хрена, используя диаминобензидин (DAB) в качестве субстрата. Ген С в препаратах коровой вирусной ДНК из тканей и сыворотки анализировали как описано выше. Уровень HBsAg в сыворотке крови количественно оценивали с помощью хемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах на приборе Abbott Architect i2000.

**Метил-чувствительная ПЦР (Methylation-specific PCR, MSP).** Клетки HepG2 котрансфицировали плазмидами rXPDnmt3aC и rHBV1.3. Через 40 ч выделяли клеточную ДНК, содержащую геном HBV. В качестве неспецифического контроля использовали промотор рецептора ин-

терлейкина 4 (*IL4R*). Для проведения бисульфитной реакции использовали 500 нг ДНК. Преобразование бисульфита натрия и очистку ДНК осуществляли с помощью набора EpiTech Plus Bisulfite Conversion Kit («Qiagen», Китай) согласно протоколу производителя. Фрагмент длиной 202 п.о., соответствующий геномной последовательности HBV с 1138 по 1339 нуклеотид, амплифицировали с помощью праймеров, сконструированных с использованием программного обеспечения Methprimer для метилированной ДНК (табл. 1) [23]. Амплифицированный фрагмент клонировали в вектор pMD19-T и секвенировали. Качество данных оценивали с помощью программного обеспечения BiQ Analyzer – обычного инструмента для анализа данных о метилировании ДНК по результатам бисульфитного секвенирования (<http://biqanalyzer.bioinf.mpi-inf.mpg.de/>) [25].

На M-TgHBV мышах также анализировали метилирование генома HBV *de novo*. Клеточную геномную ДНК выделяли из тканей печени, полученной через 48 ч после инъекции rXPDnmt3aC, после чего анализировали метилирование.

**Статистический анализ.** Для статистического анализа использовали программное обеспечение SPSS (version 16.0, 2007; SPSS Inc.). Данные представлены как среднее значение ± стандартное отклонение. Разные экспериментальные группы сравнивали с применением *t* теста Стьюдента. Значения  $P < 0,05$  считаются статистически достоверными.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Химерная метилтрансфераза, связанная со специфической последовательностью ДНК, обеспечивает метилирование *de novo*.** Экспрессию XPDnmt3aC анализировали с помощью Вестерн-блот анализа через 48 ч после трансфекции HepG2 клеток. Специфическая полоса, соответствующая XPDnmt3aC, была четко видна в районе 53,9 кДа (рис. 2, а). Как видно на рис. 2, б, интенсивность иммунофлуоресцентного окрашивания Dnmt3a была значительно выше в клетках, трансфицированных плазмидой rXPDnmt3aC, по сравнению с таковой в нетрансформированных клетках или клетках, трансформированных пустым вектором. Перекрытие сигналов, соответствующих XPDnmt3aC, и сигналов, соответствующих нуклеиновым кислотам, свидетельствует о том, что XPDnmt3aC локализуется преимущественно в ядре клеток (рис. 2, б). Вывод о способности рекомбинантной плазмиды rHBV1.3 к самостоятельной репликации сделали на основании результатов иммуноферментного анализа HBsAg в клеточной среде (табл. 2), количественной ПЦР для оценки количества копий вируса в клеточной среде и в клетках (рис. 2, в) и RT-ПЦР амплификации гена С

**Таблица 2.** Иммуно-ферментный анализ поверхностного антигена вируса гепатита В, экспрессируемого плазмидой рHBV1.3

Препараты	OD450nm			Среднее ± SD	Результат*1
Культуральная среда	0,403	0,402	0,317	0,374 ± 0,049	+
Супернатант лизата клеток	0,237	0,324	0,285	0,282 ± 0,044	+
Положительный контроль	3,377	3,356	3,361	3,365 ± 0,011	+
Отрицательный контроль	-0,011	0,027	0,022	0,013 ± 0,010	-

\*1 Положительным считается результат, если значение OD450nm превышает в 2,1 раза значение для отрицательного контроля.

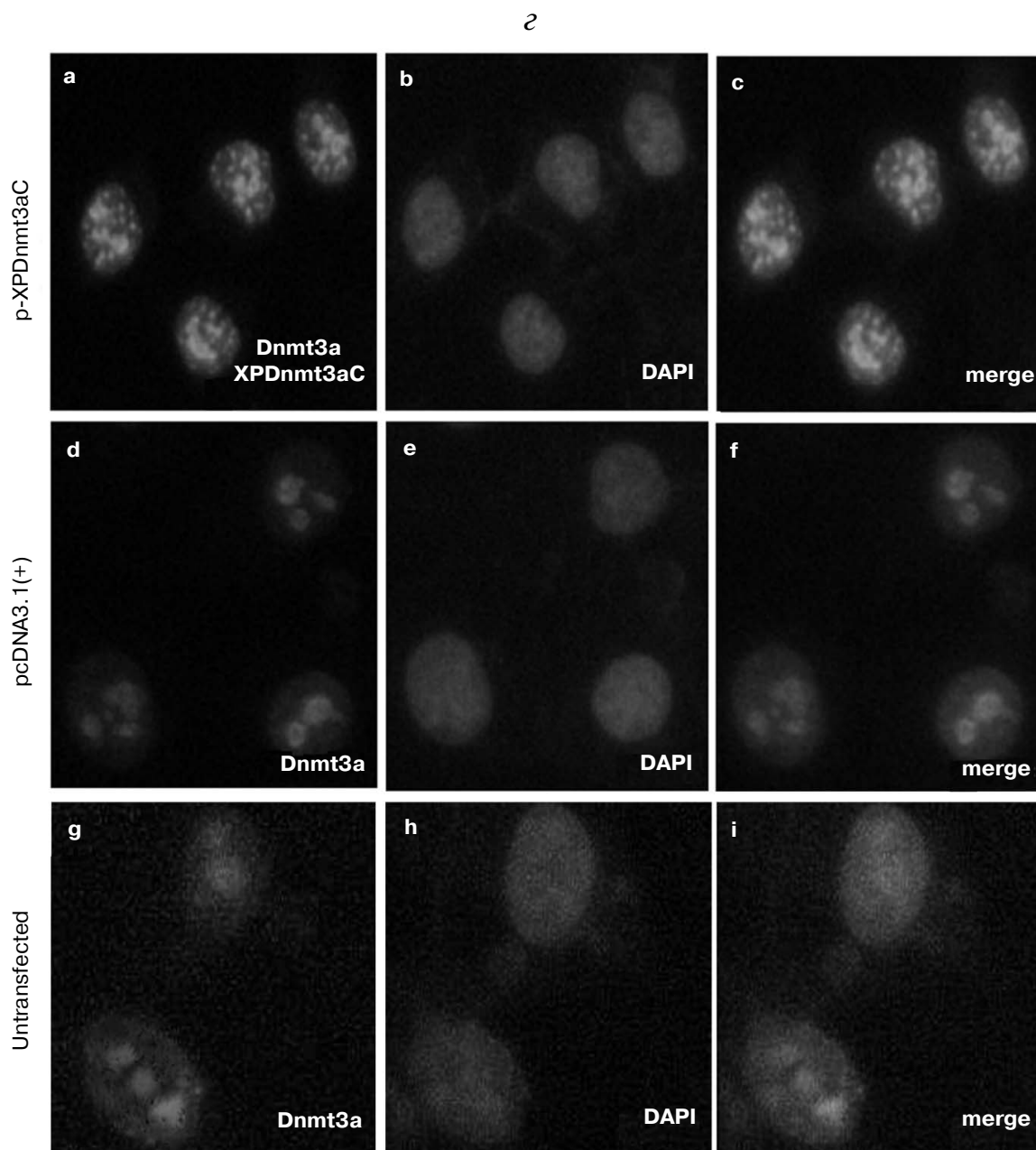
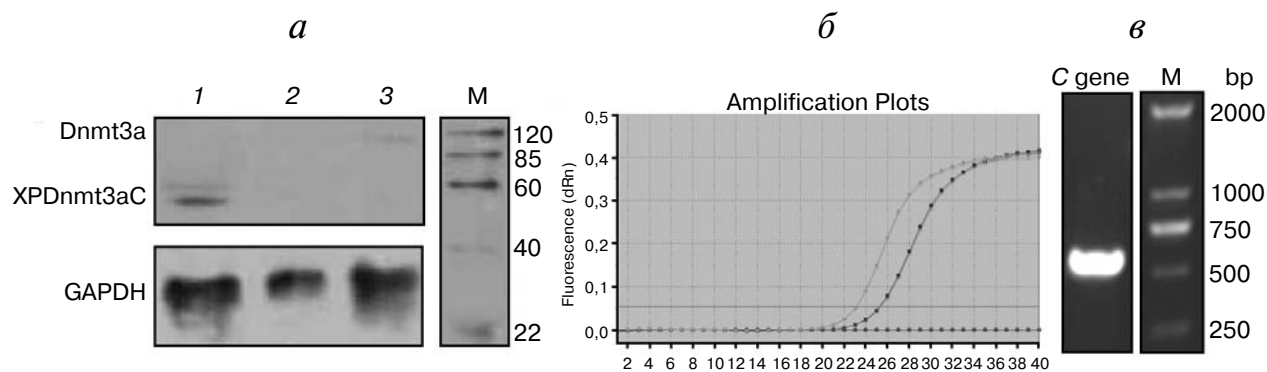
(рис. 2, з) через 48 ч после трансфекции HepG2 клеток плазмидой рHBV1.3. Экспрессию HBsAg считали положительной, если оптическая плотность препарата при 450 нм ( $OD_{450}$ ) превышала больше чем в два раза оптическую плотность препарата из клеток, трансфецированных пустым вектором рсDNA3.1. В клеточной среде и в клетках уровень HBsAg составил  $0,374 \pm 0,049$  и  $0,282 \pm 0,044$  соответственно; а титр вируса –  $6,532 \times 10^8$  и  $5,312 \times 10^7$  копий/мл. Размер гена С соответствовал ожидаемым 552 п.о.

Для оценки связывающей способности химерной метилазы ядерные экстракты, полученные через 48 ч после трансфекции HepG2 клеток плазмидой рХPDnmt3aC, анализировали с помощью метода задержки в геле. Были обнаружены полосы, соответствующие комплексам ХPDnmt3aC со специфической ДНК пробой, в том числе при добавлении в реакционную смесь конкурентной мутантной ДНК пробы (рис. 3, а). В то же время при добавлении в реакционную смесь немеченой специфичной ДНК пробы наблюдалось снижение интенсивности сигнала в полосе, соответствующей ДНК-белковым комплексам, тогда как в отрицательных контролях специфических полос вообще не наблюдалось. Появление интенсивных полос, больше задерживающихся в геле, приводило к снижению интенсивности основных полос. Оценка связывающей способности ХPDnmt3aC в М-ТgHBV мышцах, также проведенная с помощью метода задержки в геле, дала аналогичные результаты (данные не представлены). На следующем этапе был проведен ChIP анализ с использованием антител к Dnmt3a. Для этого использовали HepG2 клетки, котрансфецированные плазмидами рХPDnmt3aC и рHBV1.3, 40 ч назад. Участок длиной 251 п.о., захватывающий сайт связывания цинкового пальца, амплифицировали, используя в качестве матрицы ДНК после иммунопреципитации. Мы наблюдали появление специфической полоски (рис. 3, б). В исходном препарате ДНК (input) видна та же полоска, тогда как в отрицательном контроле соответствующего сигнала обнаружено не было. Вместе эти результаты свидетельствуют в пользу того, что

ХPDnmt3aC специфически связывается с последовательностью мишени.

Для оценки специфического метилирования геномная ДНК (содержащая HBV), из HepG2 клеток через 40 ч после котрансфекции плазмидами рHBV1.3 и рХPDnmt3aC была проанализирована методом метил-чувствительной ПЦР. Полученные результаты свидетельствуют о том, что направленное метилирование, главным образом, происходит в пределах участка, расположенного от сайта связывания цинкового пальца до нуклеотида в положении -111 п.о. (рис. 3, в). Из 10 проанализированных клонов *de novo* метилирование CpG-динуклеотидов в положении -74 и -111 было выявлено в семи, тогда как метилирование CpG в районе связывания цинкового пальца встретилось только в одном из этих семи клонов. В соответствующем участке нативного генома HBV и в промотере *IL4R* направленного метилирования не наблюдалось (данные не представлены). Результаты метил-чувствительной ПЦР *in vivo* были аналогичны результатам, полученным на клетках в культуре. Наши данные свидетельствуют о том, что ХPDnmt3aC специфически метилирует участок-мишень.

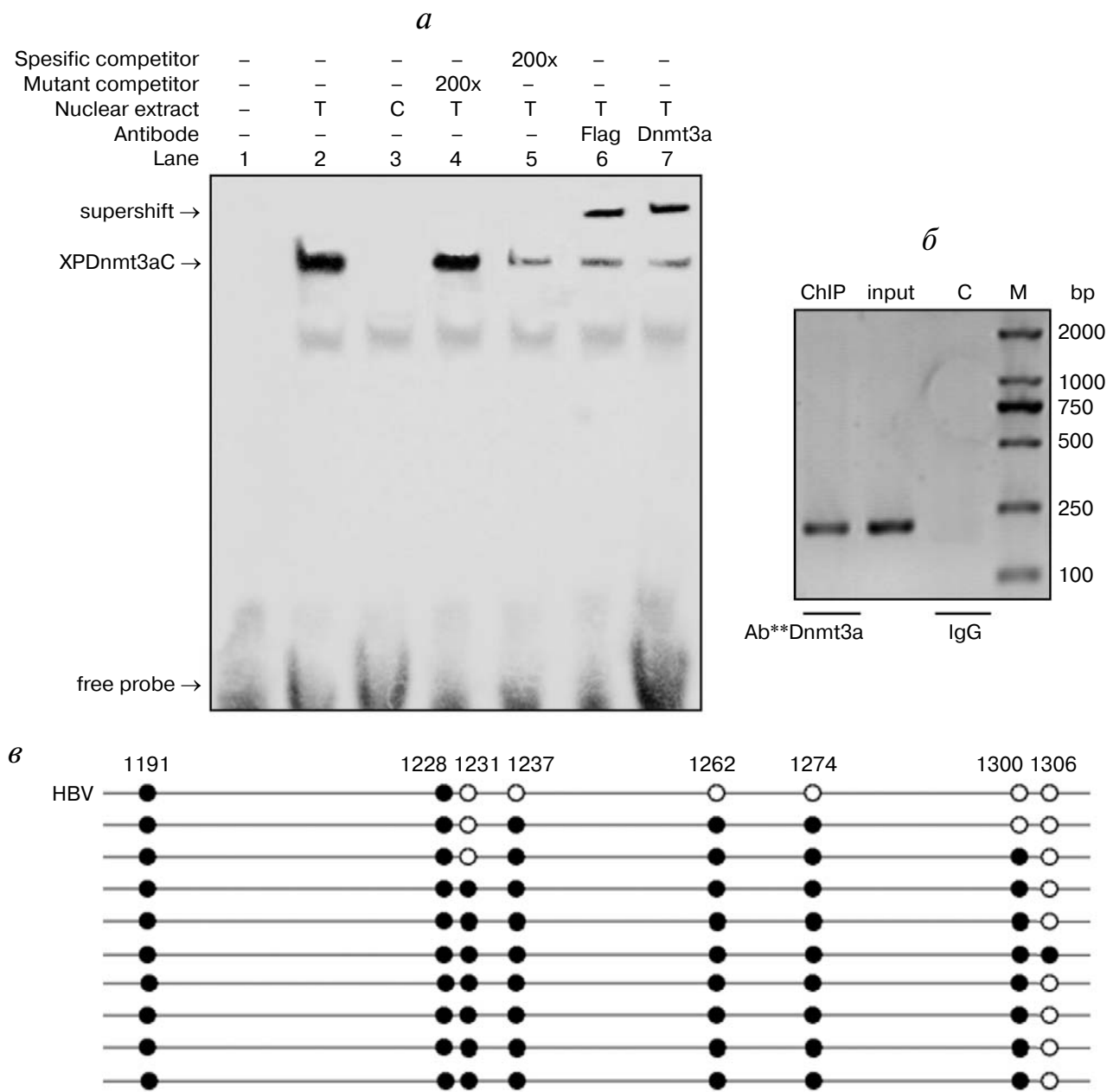
**Направленное метилирование Х-промотора приводит к репрессии генов в клетках HepG2.** Для того чтобы оценить влияние ХPDnmt3aC на активность Х-промотора, HepG2 клетки котрансфецировали репортерной плазмидой рХPLuc и плазмидой рХPDnmt3aC и анализировали через 48 ч. Активность люциферазы значительно снижалась (на  $\approx 77\%$ ) за счет метилирования рекомбинантной ДНК-метилтрансферазой, по сравнению с клетками, трансфецированными только плазмидой рХPLuc (*t*-тест,  $P < 0,01$ ; рис. 4, а). Для дальнейшего анализа влияния ХPDnmt3aC на репликацию и экспрессию вируса гепатита В мы оценили уровень HBsAg, уровень вирусной нагрузки и уровень экспрессии гена С через 24, 48 и 72 ч после котрансфекции HepG2 клеток плазмидами рHBV1.3 и рХPDnmt3aC (рис. 4, б–д). Через 24 и 48 ч уровень HBsAg в котрансфецированных клетках значительно снижался (на 78 и 87% соответственно) (*t*-тест,  $P < 0,01$ ; рис. 4, б). Через 72 ч уровень HBsAg все еще был



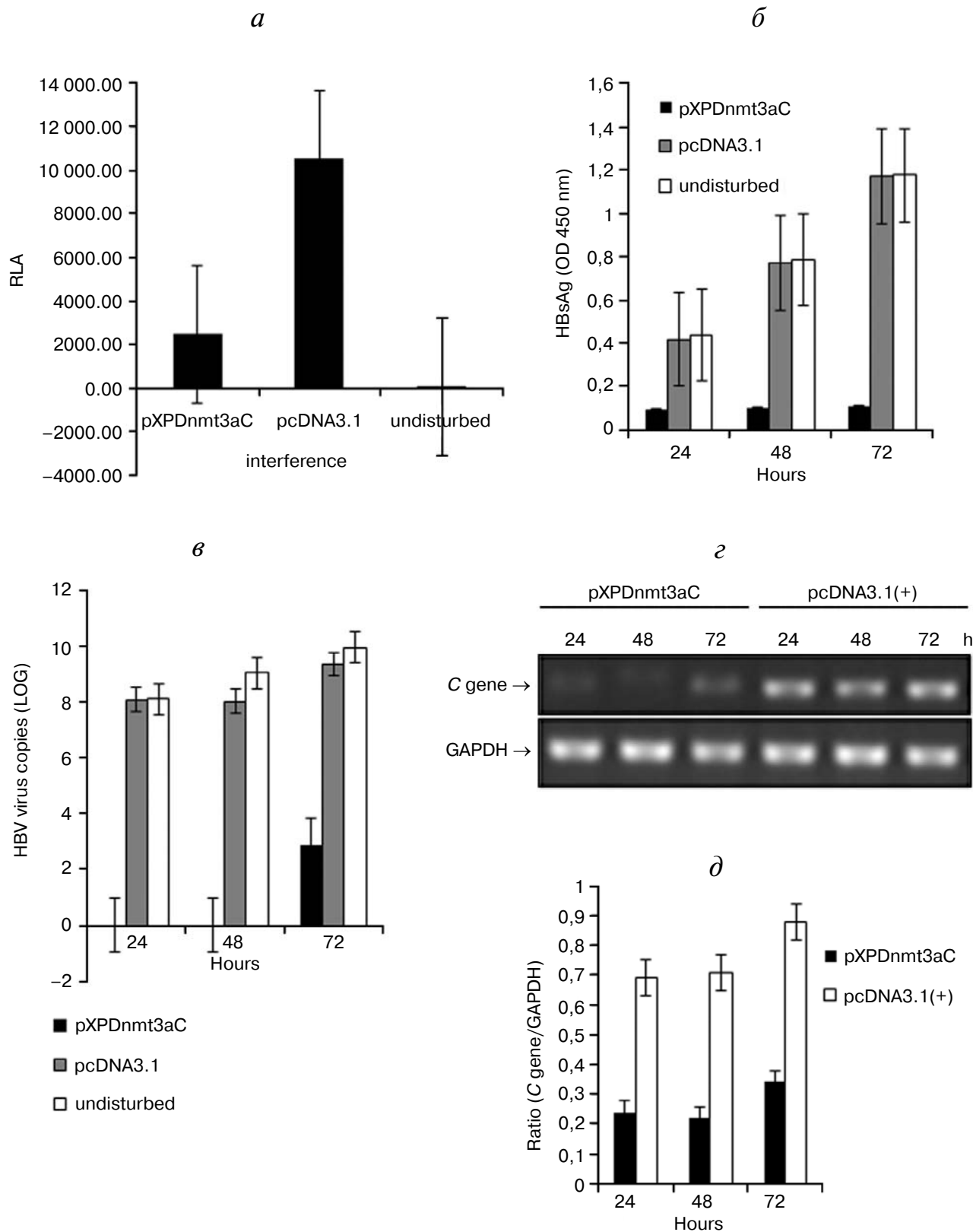
**Рис. 2.** Экспрессия XPDnmt3aC. *a* – Общеклеточный экстракт получали из НерG2 клеток через 48 ч после трансфекции плазмидой rXPDnmt3aC. Для Вестерн-блот анализа использовали антитела к Dnmt3a; *б* – иммунофлуоресцентное окрашивание XPDnmt3aC в НерG2 клетках через 48 ч после временной трансфекции клеток плазмидой rXPDnmt3aC. На рисунках (а), (d) и (g) представлены препараты, окрашенные антителами к Dnmt3a; на рисунках (b), (e) и (h) – препараты, окрашенные DAPI; а на рисунках (c), (f) и (i) приведены совмещенные изображения. Исходное увеличение  $\times 400$ ; *в* – анализ HBV с использованием ПЦР в реальном времени. Количество копий вируса оценивали через 48 ч после трансфекции НерG2 клеток плазмидой rHBV1.3. *з* – RT-ПЦР гена C через 48 ч после трансфекции НерG2 клеток плазмидой rHBV1.3

снижен более чем на 90% по сравнению с контрольными клетками, трансфицированными только плазмидой рHBV1.3 ( $OD_{450} 1,175 \pm 0,006$ ; *t*-тест,  $P < 0,01$ ; рис. 4, б). Количество вируса в опытной группе находилось ниже предела детекции через 24 и 48 ч после котрансфекции (рис. 4, в). Через 72 ч вирусная нагрузка увеличилась примерно на 29% от уровня вирусной нагрузки в клетках, трансфицированных только рHBV1.3 (LOG 9,989) (*t*-тест,  $P < 0,01$ ; рис. 4, в).

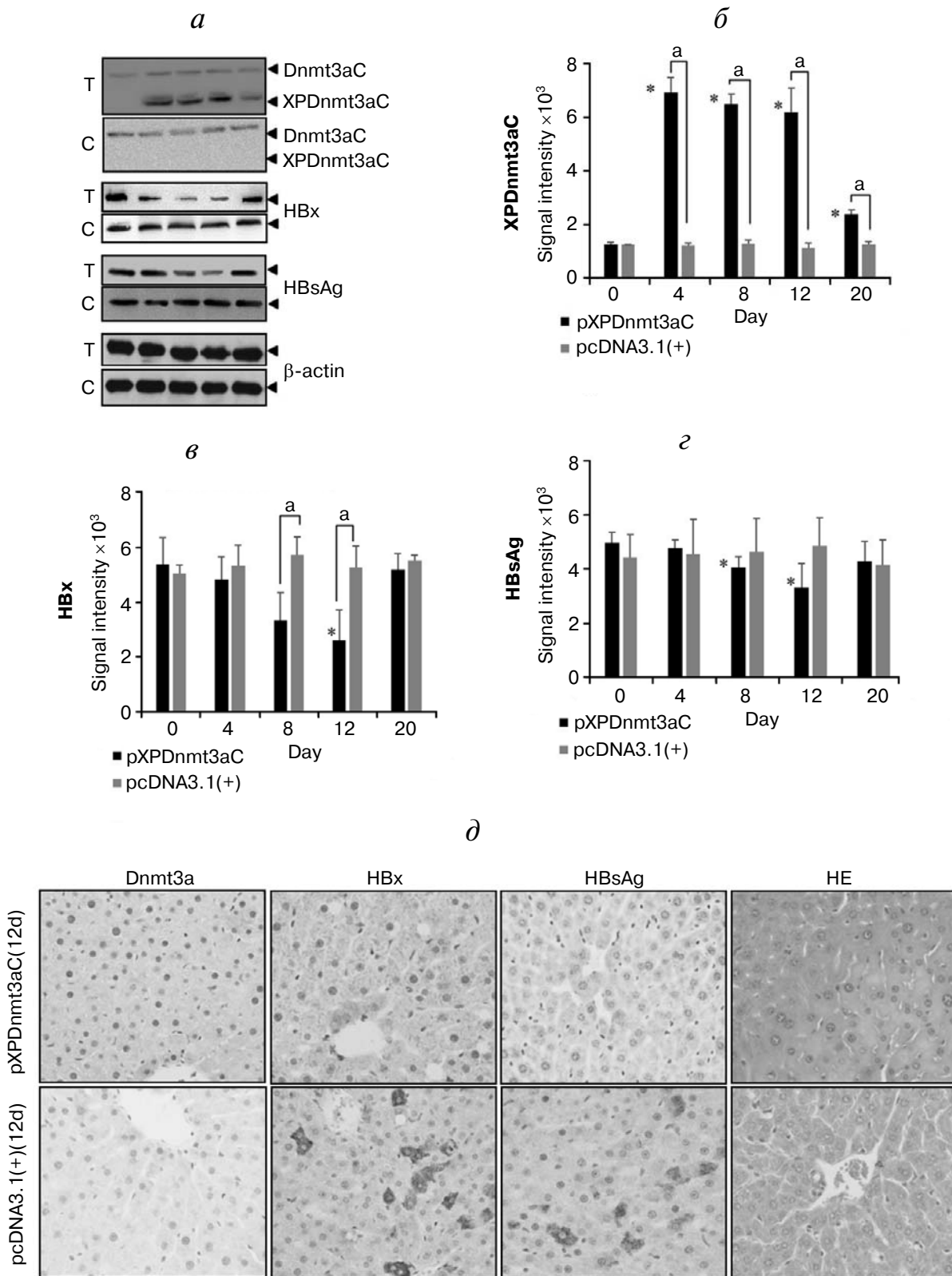
Экспрессию гена *C* анализировали при помощи относительной количественной РТ-ПЦР. Мы наблюдали снижение экспрессии примерно на 30–40% между 24 и 72 ч после котрансфекции по сравнению с клетками, трансфицированными пустым вектором (*t*-тест,  $P < 0,05$ ; рис. 4, з, д). Слабый сигнал, свидетельствующий об экспрессии гена *C*, был детектирован через 72 ч после котрансфекции. Полученные результаты свидетельствуют о том, что XPDnmt3aC ингибирует



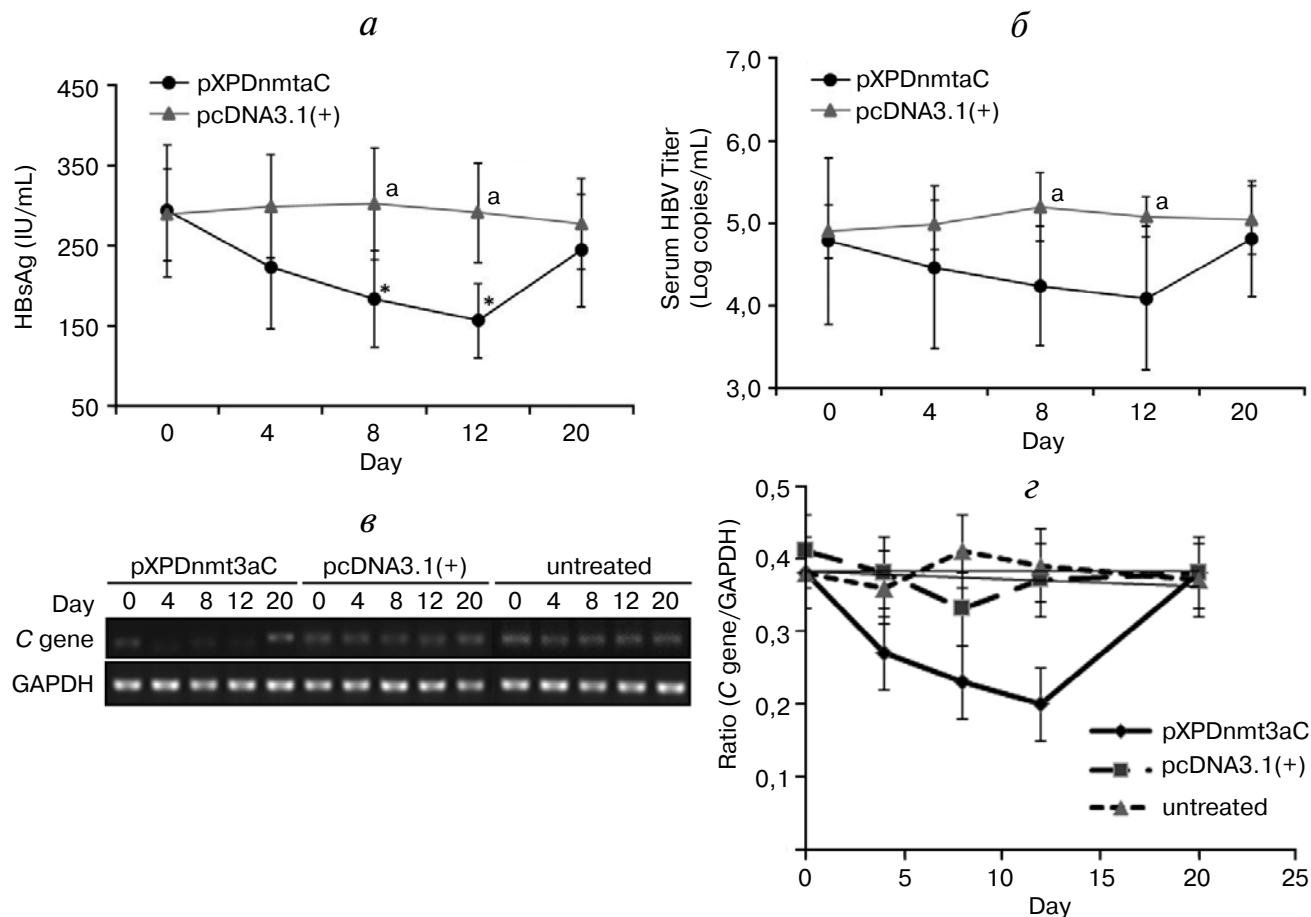
**Рис. 3.** Оценка специфичности связывания и метилирования XPDnmt3aC. *а* – Методом задержки в геле анализировали ядерный экстракт из HepG2 клеток через 48 ч после трансфекции плазмидой рXPDnmt3aC (дорожки 2, 4–7) (экспериментальная группа (Т)) или после трансфекции пустым вектором рсDNA3.1(+) (дорожка 3) (контроль (С)). *б* – ChIP анализ. Лизат клеток получали через 40 ч после котрансфекции HepG2 клеток плазмидами рXPDnmt3aC и рHBV1.3. Гель-электрофорез ПЦР продуктов, полученных с использованием праймера XPZF-ChIP и различных матриц; *в* – пример специфического метилирования X-промотера, индуцированного XPDnmt3aC. Метил-чувствительную ПЦР проводили через 40 ч после котрансфекции HepG2 клеток плазмидами рHBV1.3 и XPDnmt3aC. Сайты метилирования CpG отмечены черными кружками и пронумерованы в соответствии с положением в последовательности ДНК HBV



**Рис. 4.** Ингибиторный эффект XPDnmt3aC на активность X-промотора и экспрессию HBV в клетках HepG2. *а* – Клетки HepG2 котрансфицировали репортерной плазмидой рXPLuc и плазмидой рXPDnmt3aC и анализировали через 48 ч. Активность люциферазы в котрансфицированных клетках значительно снижалась по сравнению с активностью люциферазы в клетках, трансфицированных пустым вектором (*t*-тест,  $P < 0,01$ ). Уровень HBsAg (*б*), уровень вирусной нагрузки (*в*) и уровень экспрессии гена *C* (*г* и *д*) анализировали через 24, 48 и 72 ч после котрансфекции HepG2 клеток плазмидами рHBV1.3 и рXPDnmt3aC. Все три показателя были в значительной степени снижены под действием XPDnmt3aC по сравнению с отрицательным контролем (*t*-тест,  $P < 0,01$ ). Количество вируса и экспрессия гена *C* незначительно повышались через 72 ч



**Рис. 5.** Анализ уровня экспрессии XPDnmt3aC, HBsAg и HBx в печени M-TgHBV мышей. *а* – Вестерн-блот анализ препаратов, полученных в указанные временные точки после инъекции rXPDnmt3aC или вектора pcDNA3.1(+). Относительный уровень экспрессии XPDnmt3aC (*б*), HBx (*в*) и HBsAg (*г*) количественно оценивали денситометрически и нормализовали к уровню β-актина. Данные представлены как среднее ± SD измерений препаратов, полученных из трех мышей. \* $P < 0,05$ , достоверное отличие от контрольной пробы этой же группы в день 0; <sup>a</sup> $P < 0,05$ , достоверное отличие от отрицательного контроля в той же временной точке. «Т» соответствует экспериментальной группе, «С» – отрицательному контролю; *д* – пример иммуногистохимического анализа. Окрашивание проводили через 12 дней после инъекции плазмид. На срезах (*а*) и (*е*) представлено окрашивание Dnmt3a с использованием специфических антител, на срезах (*б*) и (*ф*) – окрашивание HBx; на срезах (*с*) и (*г*) – окрашивание HBsAg; на срезах (*д*) и (*и*) – окрашивание гематоксилином-эозином. Увеличение ×400



**Рис. 6.** Влияние XPDnmt3aC на экспрессию вируса гепатита В в M-TgHBV мышях. Данные представлены как среднее  $\pm$  SD ( $n = 5$ ). *a–z* – Уровень HBsAg и вируса в сыворотке крови, а также уровень экспрессии гена C в тканях печени анализировали в указанные временные точки после инъекции плазмиды pXPDnmt3aC или вектора pcDNA3.1(+) мышам. Количество вируса несколько увеличилось на 20 день. \* $P < 0,05$ , достоверное отличие от контрольной пробы этой же группы в день 0; <sup>a</sup> $P < 0,05$ , достоверное отличие от отрицательного контроля в той же временной точке

активность X-промотора, а также экспрессию и репликацию HBV.

**Специфичное метилирование X-промотора приводит к подавлению вирусной экспрессии в M-TgHBV мышях.** Для оценки ингибиторного эффекта XPDnmt3aC на экспрессию вируса гепатита В мы изучили влияние XPDnmt3aC на M-TgHBV мышей. Уровень экспрессии рекомбинантной XPDnmt3aC, а также уровень HBsAg и HBx анализировали с помощью Вестерн-блот анализа (рис. 5, *a–z*). XPDnmt3aC активно экспрессировалась с 4 по 12-й день, на 20-й день уровень ее экспрессии заметно снижался. Напротив, уровень HBx и HBsAg был значительно снижен на 8-й и 12-й день ( $t$ -тест,  $P < 0,01$ ), после чего снова повышался до контрольного уровня ( $t$ -тест,  $P > 0,05$ ). Иммуногистохимический сигнал от HBx и HBsAg был гораздо слабее на срезах тканей печени на 12-й день после инъекции pXPDnmt3aC, чем у контрольных M-TgHBV мышей, инъекцированных пустым вектором (рис. 5, *d*).

Уровень HBsAg в сыворотке крови определяли с помощью хемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах. Уровень HBsAg в сы-

воротке крови значительно снижался через 4 дня после инъекции pXPDnmt3aC; на 12-й день уровень HBsAg составлял всего около 58% от исходного уровня (день 0) ( $t$ -тест,  $P < 0,05$ ; рис. 6, *a*). Число копий вируса изменялось аналогичным образом и было значительным образом снижено (на 19%) на 12-й день по сравнению с отрицательным контролем ( $t$ -тест,  $P < 0,05$ ; рис. 6, *b*). Уровень экспрессии гена C снижался с 4-го дня до  $\approx 56\%$  от значения в контрольных животных на 12-й день ( $t$ -тест,  $P < 0,05$ ; рис. 6, *v–z*). Однако уровень экспрессии всех анализируемых генов снова увеличивалась на 20-й день ( $t$ -тест,  $P > 0,05$ ), что коррелирует с результатами, полученными на клетках в культуре. Наши результаты указывают на то, что XPDnmt3aC в некоторой степени подавляет вирус гепатита В.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Предварительные исследования показали, что высокая встречаемость лекарственной устойчивости к аналогам нуклеотидов и сохране-

ние кольцевой замкнутой ДНК вируса увеличивает риск повторного заболевания гепатитом [2, 3, 4, 26]. HBx и HBsAg потенциально способны за счет трансактивации стимулировать транскрипцию с собственных промоторов вируса гепатита В и некоторых других онкогенных промоторов, включая промотор с-туса, внося вклад в развитие гепатоцеллюлярной карциномы [27]. Общеизвестно, что механизм элиминации вируса, главным образом, регулируется за счет разрушения инфицированной клетки цитотоксичными Т-лимфоцитами, специфичными к вирусному антигену, и что патогенез хронической гепатитовирусной инфекции также регулируется этими клетками [28]. Поэтому необходимо найти способ подавления экспрессии вируса гепатита В для предотвращения и лечения хронических заболеваний, с ним связанных. За последние десять лет исследований специфичного метилирования ДНК, обеспечиваемых цинк-фингерными белками, выявлена безусловная ингибиторная роль этого процесса в экспрессии генов мишеней [11–16]. Учитывая, что активность Х-промотора теоретически может регулироваться за счет метилирования, а HBx важен для репликации вируса гепатита В [29], мы проанализировали, может ли рекомбинантная метилаза, мишенью которой является Х-промотор, подавлять экспрессию HBV за счет сайт-специфического метилирования ДНК. Показано, что XPDnmt3aC специфически метилирует последовательность мишени в Х-промоторе, что приводит к подавлению экспрессии вируса гепатита В.

Для достижения высокой специфичности и связывания множества различных последовательностей ДНК использовали цинк-фингерные ДНК-связывающие белки типа Cys2–His2 [12–15, 30]. В предыдущих исследованиях было показано, что добиться специфичного метилирования можно используя три, четыре или шесть цинковых пальцев в качестве домена, узнающего мишень [12–15]. В настоящей работе мы использовали модифицированную ДНК-метилтрансферазу, содержащую шесть цинковых пальцев, специфически узнающих Х-промотор, для обеспечения высокой специфичности. Специфически метилированные CpG-динуклеотиды исходно были обнаружены в участке, предшествующем сайтам связывания цинковых пальцев, что может быть обусловлено связыванием N-конца цинковых пальцев XPDnmt3aC с 3'-концом последовательности ДНК мишени. CpG-динуклеотиды на участке от сайта связывания

цинковых пальцев до нуклеотида в положении –111 часто были метилированы, что может быть обусловлено особенностями укладки ДНК мишени. Несмотря на то, что мы не выявляли различных форм ДНК вируса гепатита В, «голая» кольцевая замкнутая ДНК вируса может быть специфически метилирована, тогда как кольцевая замкнутая ДНК вируса, образующая минихромосому с другими белками, может быть менее доступна для метилирования в результате стерических препятствий.

Некоторые N-концевые домены, такие как цистеин-богатый цинк-фингерный ДНК-связывающий мотив и полибромо-домен, могут способствовать обычной неспецифичности действия Dnmt3a [10]. Поэтому в настоящей работе С-концевой каталитический домен Dnmt3a использовали для создания химерной ДНК метилтрансферазы. XPDnmt3aC, которая очевидно подавляет экспрессию и репликацию вируса гепатита В *in vivo* и *in vitro*. Однако уровень экспрессии HBx, HBsAg и гена С, а также количество вируса несколько повышается с течением времени и сопровождается снижением количества XPDnmt3aC, что подразумевает возможное отсутствие метилирования *de novo* и репликацию немодифицированных вирусов. Продолжение введения XPDnmt3aC может способствовать лечению. В связи с этим необходимо разработать метод для повышения стабильности метилирования.

Таким образом следует отметить, что полученные в настоящей работе результаты показали, что химерная ДНК-метилтрансфераза может подавлять экспрессию и репликацию вируса гепатита В. Это исследование может служить ценной базой для разработки метода эпигенетической регуляции для борьбы с заболеваниями, ассоциированными с вирусом гепатита В.

Авторы выражают благодарность Артуру Риггсу (Beckman Research Institute of the City of Hope) за любезно предоставленную плазмиду (pcDNA3/Flag-DNMT3A).

Работа выполнена при финансовой поддержке Major National Projects for Infectious Diseases (2008ZX10002002 и 2012ZX10002-006) и Major National Projects for New Drug Research and Development (2009ZX0913-710), the National Natural Science Foundation of China (30901315 and 30970144), и the Major National Projects for Infectious Diseases (2012zx10002006-002-003).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gonzalez, S.A., and Keffe, E.B. (2011) *Front Biosci.*, **16**, 225–250.
2. Janssen, H.L., Gerken, G., Carreno, V., Marcellin, P., Naoumov, N.V., Craxi, A., Ring-Larsen, H., Kitis, G., van Hattum, J., de Vries, R.A., Michielsen, P.P., ten Kate, F.J., Hop, W.C., Heijtkink, R.A., Honkoop, P., and Schalm, S.W. (1999) *Hepatology*, **30**, 238–243.
3. Warner, N., and Locarnini, S. (2008) *Hepatology*, **48**, 88–98.
4. Kwon, H., and Lok, A.S. (2011) *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.*, **8**, 275–284.



5. Huang, J., Wang, Y., Guo, Y., and Sun, S. (2010) *Hepatology*, **52**, 60–70.
6. Bergbauer, M., Kalla, M., Schmeinck, A., Gobel, C., Rothbauer, U., Eck, S., Benet-Pages, A., Strom, T.M., and Hammerschmidt, W. (2010) *PLoS Pathog.*, **6**, e1001114.
7. Jones, B., and Chen, J. (2006) *EMBO J.*, **25**, 2443–2452.
8. Kauder, S.E., Bosque, A., Lindqvist, A., Planelles, V., and Verdin, E. (2009) *PLoS Pathog.*, **5**, e1000495.
9. Guo, Y., Li, Y., Mu, S., Zhang, J., and Yan, Z. (2009) *J. Med. Virol.*, **81**, 1177–1183.
10. Kim, J.W., Lee, S.H., Park, Y.S., Hweng, J.H., Jeong, S.H., Kim, N., and Lee, D.H. (2011) *Intervirology*, **54**, 316–325.
11. Turek-Plewa, J., and Jagodzinski, P.P. (2005) *Cell Mol. Biol. Lett.*, **10**, 631–647.
12. Xu, G.L., and Bestor, T. (1997) *Nat. Genet.*, **17**, 376–378.
13. Carvin, C.D., Parr, R.D., and Kladd, M.P. (2003) *Nucleic Acids Res.*, **31**, 6493–6501.
14. Smith, A.E., and Ford, K. (2007) *Nucleic Acids Res.*, **35**, 740–754.
15. Li, F., Papworth, M., Minczuk, M., Rohde, C., Zhang, Y., Ragozin, S., and Jeltsch, A. (2007) *Nucleic Acids Res.*, **35**, 100–112.
16. Meister, G.E., Chandrasegaran, S., and Ostermeier, M. (2010) *Nucleic Acids Res.*, **38**, 1749–1759.
17. Smith, A.E., Hurd, P.J., Bannister, A.J., Kouzarides, T., and Ford, K.G. (2008) *J. Biol. Chem.*, **283**, 9878–9885.
18. Oka, M., Rodic, N., Graddy, J., Chang, L.J., and Terada, N. (2006) *J. Biol. Chem.*, **281**, 9901–9908.
19. Mandell, J.G., and Barbas, C.F. (2006) *Nucleic Acids Res.*, **34**, W516–523.
20. Cui, J. (2009) A New Strategy for Constructing in Vitro Replication-Competent Replicon of Hepatitis B Virus and Its Preliminary Application. in *Medicine*, Chongqing Medical University, Chongqing.
21. Ren, J., Wang, L., Chen, Z., Ma, Z.M., Zhu, H.G., Yang, D.L., Li, X.Y., Wang, B.I., Fei, J., Wang, Z.G., and Wen, Y.M. (2006) *J. Med. Virol.*, **78**, 551–560.
22. Pollicino, T., Belloni, L., Raffa, G., Pediconi, N., Squadrito, G., Raimondo, G., and Levrero, M. (2006) *Gastroenterology*, **130**, 823–837.
23. Tang, B., Zhao, R., Sun, Y., Zhu, Y., Zhong, J., Zhao, G., and Zhu, N. (2011) *Mol. Immunol.*, **48**, 1001–1008.
24. Hennig, H., Puchta, I., Luhm, J., Schlenke, P., Goerg, S., and Kirchner, H. (2002) *Blood*, **100**, 2637–2641.
25. Bock, C., Reither, S., Mikeska, T., Paulsen, M., Walter, J., and Lengauer, T. (2005) *Bioinformatics*, **21**, 4067–4068.
26. Caselmann, W.H., Meyer, M., Kekule, A.S., Lauer, U., Hofschneider, P.H., and Koshy, R. (1990) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, **87**, 2970–2974.
27. Hildt, E., Saher, G., Bruss, V., and Hofschneider, P.H. (1996) *Virology*, **225**, 235–239.
28. Chisari, F.V., and Ferrari, C. (1995) *Annu. Rev. Immunol.*, **13**, 29–60.
29. Lucifora, J., Arzberger, S., Durantel, D., Belloni, L., Strubin, M., Levrero, M., Zoulim, F., Hantz, O., and Protzer, U. (2011) *J. Hepatol.*, **55**, 996–1003.
30. Liu, Q., Xia, Z., Zhong, X., and Case, C.C. (2002) *J. Biol. Chem.*, **277**, 3850–3856.

#### Санкт-Петербург. Семьи с ВИЧ-положительными детьми получают бесплатную юридическую помощь

На заседании Законодательного Собрания был представлен законопроект, согласно которому несовершеннолетние ВИЧ-положительные дети и их представители получат бесплатную юридическую помощь. «У нас в Петербурге 200 семей с ВИЧ-положительными детьми, за счет бюджета мы предоставляем им пособия, обеспечиваем бесплатными лекарствами, так что эта проблема снята. Принятие этого законопроекта обеспечит их еще и юридической помощью», — сказала депутат Законодательного собрания Людмила Косткина. Она так же добавила, что с и.о. губернатора Георгием Полтавченко законопроект согласован.

Источник: <http://nevnov.ru/>

#### Ученые австралийского университета отчитались о работе над презервативами «нового поколения»

Проект ученых, разрабатывающих более надежные презервативы, спонсирует фонд Билла и Мелинды Гейтс. Осенью прошлого года он распределил 100 тыс. долл. между одиннадцатью исследовательскими группами, предлагающими разные идеи по улучшению этого средства контрацепции. Ученые австралийского университета Вуллонгонг уже представили результаты своей работы, сообщает «Business Insider». Главная цель вложения Гейтса — положить конец распространению СПИДа. «Это очень деликатная тема. Мужчинам не нравится нынешний «дизайн» презервативов. Надо попытаться создать что-то, что им понравится больше. Это уменьшит риск передачи ВИЧ», — рассказал Гейтс. Исследователи называют новый материал, представленный на видео, «жесткий гидрогель». По их утверждению, он «чувствуется и выглядит как кожа». Презервативы из такого материала должны стать более надежными, чем латексные. Среди других проектов исследователи пробуют

использовать альтернативные материалы, включая графен и коллагеновые волокна из коровьих сухожилий. Лучшая разработка получит один миллион долларов от фонда Билла Гейтса на дальнейшее продвижение проекта.

[http://www.aids74.com/print\\_news](http://www.aids74.com/print_news)

#### Начинается вторая фаза клинических исследований российской вакцины от ВИЧ

Создатели терапевтической ДНК-вакцины от ВИЧ, разработанной в Биомедицинском центре в Санкт-Петербурге, объявили о начале второй фазы клинических исследований своего продукта. Исследование будет проводиться на 60 ВИЧ-инфицированных в нескольких медицинских учреждениях разных городов России. Первая фаза клинических исследований, проведенная на 21 добровольце, показала, что вакцина безопасна и в 100% случаев стимулирует клеточный иммунитет. В рамках второй фазы клинических исследований будут участвовать три группы ВИЧ-инфицированных, которые получают антиретровирусную терапию. Две группы получают разные дозы вакцины, третья — плацебо. В течение полугода врачи будут исследовать множество иммунологических показателей, чтобы сделать заключение об эффективности вакцины. Финансирование второй фазы клинических исследований вакцины получено в рамках федеральной целевой программы «Фарма-2020». Вакцина под условным названием ДНК-4 содержит четыре вирусных гена. Она создана на основе ВИЧ-1 серотипа А, циркулирующего в российской популяции. Поэтому вакцина подойдет для лечения российских пациентов. При условии успешного прохождения второй и третьей фаз клинических исследований можно ожидать появление на рынке отечественной вакцины от ВИЧ через 5–6 лет. Первая фаза клинических исследований, проведенная на 21 добровольце, показала, что вакцина безопасна и в 100% случаев стимулирует клеточный иммунитет.

[http://www.aids74.com/print\\_news](http://www.aids74.com/print_news)

## МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ СОВЕЩАНИЕ И КРУГЛЫЙ СТОЛ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РФ»

*Встреча прошла 14 мая 2014 года в ГБУЗ Московском научно-практическом центре наркологии Департамента здравоохранения города Москвы. Участниками стали более 150 специалистов из государственных учреждений, общественных и частных организаций Москвы и других регионов России, занимающиеся вопросами профилактики, лечения и реабилитации больных социально-значимыми заболеваниями.*

На открытии встречи главный специалист-нарколог Министерства здравоохранения РФ, директор ГБУЗ МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения Москвы **Е.А. Брюн** представил информацию о практически завершившемся к 1 апреля 2014 г. процессе формирования территориальной модели наркологической службы. В раздаточных материалах участники встречи получили брошюру с паспортом наркологической службы Москвы, которая является также моделью для всей страны. Наркологическая служба продолжает процесс модернизации, чтобы закончить его в соответствии с поручением Президента РФ к 1 января 2016 года. Основа модернизированной системы оказания наркологической помощи заключается в максимально возможном прохождении больными всех этапов лечения и реабилитации. Е.А. Брюн заверил участников встречи, что несмотря на сложность и специфичность темы организации наркологической службы, инновационные идеи и подходы будут и дальше привноситься во властные и общественные структуры.

Далее Е.А. Брюн сделал акцент на ситуации в Крыму и рассказал о своей поездке: «Вы знаете, что в Крыму была распространена заместительная терапия, которую получали 806 человек. Мы встречались с родственниками и докторами и проводили семинар. Я объяснял, что Россия, впрочем, как и многие другие страны мира, не применяет заместительную терапию в том виде, в котором она распространена в Европе и США. Мир по этому поводу раскололся на несколько партий. На стыке этого вопроса и оказался Крым, в котором завершается эта программа. Исторически сложилось, что Москва оказывает помощь Севастополю. Там сейчас 134 человека, для которых в МНПЦ наркологии была организована программа помощи, включающая в себя этапы лечения и реабилитации. «Российская наркологическая лига» оказала содействие в оп-

лате транспортных расходов для тех, чьи родственники или они сами не смогли купить билеты. Первые пациенты начнут поступать в МНПЦ наркологии уже в этом месяце».

Заседание продолжилось под председательством заведующего Филиала № 7 МНПЦ наркологии, российского общественного деятеля и специалиста в области профилактики и реабилитации **О.В. Зыкова**.

**Алексей Лазарев**, координатор системы церковной помощи наркозависимым Благотворительного фонда св. прав. Николая Кронштадского и Координационного центра по противодействию наркомании Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московской Патриархии рассказал участникам встречи о деятельности Русской Православной Церкви (РПЦ) в рамках оказания наркологической помощи, осуществляемой Координационным центром по противодействию наркомании Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московской Патриархии. Координационный центр, возглавляемый епископом Мефодием, был сформирован в 2010 году и участвовал в разработке позиционного документа «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых», который принят Священным Синодом РПЦ в декабре 2012 года. Документ рассказывает об отношении Церкви к наркозависимым людям и наркозависимости, рассматриваемой одновременно как грех и как болезнь, основных принципах реабилитации в церкви. На Координационный центр в настоящее время возложены задачи по проведению мониторинга ситуации, связанной с наркозависимостью и реабилитацией, сбор и анализ информации о реабилитации, координация данной деятельности. В рамках образовательной деятельности Цент-

ром ежемесячно проводятся обучающие семинары для специалистов и социальных работников в церкви. Основная часть выступления А. Лазарева была посвящена мониторингу ситуации, связанной с наркозависимостью и реабилитацией в РПЦ. Всего в России на сегодняшний день помощь по принципам РПЦ предоставляют 63 реабилитационных центра (РЦ). Большинство РЦ предназначено для мужчин или смешанного контингента и всего лишь 6 — для женщин, что является большой проблемой. Наибольшее количество реабилитационных РЦ РПЦ представлено в Центральном и Сибирском федеральных округах. Длительность реабилитации и ресоциализации в этом году выросла до 36 и 24 месяцев, но большинство зависимых проходит 12-месячный курс. Основным источником бюджета РЦ остаются частные пожертвования прихожан РПЦ, господдержка составляет менее 1%. У РЦ пока не сложилось эффективного взаимодействия с государственными и медицинскими учреждениями. Более половины РЦ оказывают услуги бесплатно и планируют сохранять это условие в дальнейшем. Почти все РЦ при поступлении клиентов запрашивают данные медицинского освидетельствования и большинство берут на реабилитацию людей с ВИЧ-инфекцией. В процессе реабилитации в центрах используются разнообразные программы: терапевтическое сообщество, Миннесотская модель, Православное душепопечение, модель реабилитации в церковной общине. Соответственно мониторингу, ежегодно повышается

квалификация и активность участников реабилитационного процесса, растет количество НКО и РЦ, оказывающих помощь по принципам РПЦ, при сохраняющейся нехватке женских РЦ, появляются такие вспомогательные структуры, как «дома на полпути» и группы поддержки. Материалы по теме реабилитации в РПЦ представлены для раздачи участникам встречи.

**Д.Е. Валюков**, ответственный секретарь рабочей группы по вопросам социального предпринимательства Либеральной платформы партии «Единая Россия», член Национального союза реабилитационных центров, сделал доклад о социальном предпринимательстве в сфере реабилитации и ресоциализации лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию.

Понятие социального предпринимательства в настоящий момент не закреплено в российском законодательстве и с одной стороны является коммерческой деятельностью, а с другой стороны, его целью является прежде всего помощь государству и обществу в решении социально-значимых проблем, таких как трудоустройство уязвимых групп населения, помощь людям, находящимся в трудных жизненных ситуациях и других. В этой связи, по мнению Д.Е. Валюкова, деятельность по реабилитации и ресоциализации наркозависимых тоже должна попадать в категорию социального предпринимательства. В рамках деятельности по формированию поддерживающей законодательной среды, партией



Единая Россия создана рабочая группа по социальному предпринимательству и Д.Е. Валюков избран ее ответственным секретарем. Рабочая группа рассматривает законодательные инициативы связанные с социальным предпринимательством, и в случае согласия всех членов рабочей группы, способствует прохождению законопроекта в стенах парламента. Государству также важно помогать социальным предпринимателям, исключив угрозу уголовного преследования за нецелевое использование денежных средств, чем сегодня грозит прокуратура РФ. По мнению Д.Е. Валюкова, в настоящее время на территории РФ регистрируется большое количество некоммерческих организаций, которые в своем виде деятельности занимаются оказанием коммерческих услуг, эта ведется незаконно и не облагается налогами. Так как при отсутствии критериев качества прохождения реабилитации невозможно оценить какая организация работает лучше, а какая хуже, рабочая группа предлагает вывести реабилитацию в отдельную категорию для обеспечения легальности, прозрачности и целостности процесса.

**И.В. Пчелин**, исполнительный директор Всероссийской общественной организации «Объединение людей живущих с ВИЧ», председатель Благотворительного общественного фонда по борьбе со СПИДом «Шаги» рассказал о деятельности Социального информационного центра, в рамках предоставления психосоциальной поддержки людям, живущим с ВИЧ-инфекцией в Москве.

Социальный информационный центр «Шаги» (СИЦ «Шаги»), специализирующийся на проблемах, связанных с ВИЧ-инфекцией и гепатитами, в своей работе в Москве также часто сталкивается с проблемами зависимостей. СИЦ начал работать в 2006 году и с тех пор поменял ряд площадок. Опыт работы СИЦ показал, что одним из факторов, влияющих на распространение эпидемии ВИЧ-инфекции, продолжает оставаться отсутствие доступа клиентов к социальной и психологической помощи и адекватной информации. Поэтому человек, получивший диагноз ВИЧ-инфекция должен получить поддержку и сопровождение равного консультанта с момента сообщения о диагнозе до стабилизации эмоционального и психологического состояния. Особенно остро вопрос до- и послетестового консультирования и предоставления информационных материалов стоит при сдаче анализов на наличие ВИЧ-инфекции в коммерческих клиниках, с которыми в отличии от государственных ЛПУ общественным организациям труднее наладить контакт. Чаще всего, делая анализы и выдавая их результаты клиенту, сотрудники коммерческих клиник не проводят консультирование и не дают человеку необходимую информацию и контакты общественных и государственных организаций, оказывающих

услуги по лечению и поддержке ЛЖВ. Это приводит к тому, что получивший положительный анализ клиент теряется из поля зрения специалистов на несколько лет и вновь появляется в нем, уже поступая на лечение в стационар в тяжелом физическом и психологическом состоянии и плохими прогнозами на выздоровление. Другим важным этапом для консультирования ВИЧ-положительного человека является момент принятия им решения о начале приема терапии, смене комбинации или при ухудшении самочувствия. К сожалению, у нас не пропагандируется информация о наличии бесплатного и эффективного АРТ-лечения и пациенты часто боятся начинать принимать терапию. Информационное консультирование также важно при построении отношений ВИЧ-положительного человека с другими людьми, например в дискордантных парах, при открытии диагноза родным и близким, также в сложных жизненных ситуациях, связанных с работой, жильем, зависимостью. В своей работе с клиентами СИЦ использует различные групповые и индивидуальные формы, например, в последнее время стали популярны фильмогруппы и совместные посещения достопримечательностей Москвы и Московской области. Нахождение и постоянное общение в сообществе помогает людям, особенно сложным пациентам, легче переживать трудные периоды в жизни с ВИЧ. Опыт специалистов СИЦ также свидетельствует о том, что наиболее успешно помощь пациенту оказывает мультидисциплинарная команда являющаяся специализированной сетью специалистов и отраслей, внутри которой пациента перенаправляют к разным специалистам для получения необходимых услуг по дерматовенерологии, стоматологии, гинекологии, психологической и социальной поддержке. Это повышает качество жизни ВИЧ-позитивного клиента и приводит к устойчивой ремиссии, когда речь идет о наркотиках или алкозависимом человеке. Так, в интересах своих клиентов, СИЦ «Шаги» давно и успешно сотрудничает с ЛПУ и ГУ: МГЦ СПИД, МНПЦ наркологии, МНПЦ дерматологии и косметологии, перенаправляя к ним клиентов для получения необходимой помощи.

**Д.В. Годлевский**, эксперт по межсекторным программам Фонда помощи больным ВИЧ/СПИДом, рассказал о роли межсекторного сотрудничества в программах обеспечения приверженности и удержания пациентов на терапии. В начале выступления Д.В. Годлевский отметил отсутствие достоверных научных данных подтверждающих прозвучавший ранее тезис, что большинство вновь регистрирующихся в России НКО занимаются коммерческой деятельностью. Напротив, в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу 98% некоммерческих организаций не занимаются коммерческой деятельностью, но организуют реальную работу, спосо-

бствуя межсекторному взаимодействию и оказывая реальную помощь тем пациентам, которые более всего в этом нуждаются. Роль общественных организаций была также отмечена на самом высоком уровне в ходе проходившей 12–13 мая Четвертой международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа, которую под председательством Г.Г. Онищенко открывали министр здравоохранения В.И. Скворцова и И.И. Шувалов. Все выступающие отмечали высокий уровень организации и работы общественных организаций, позволяющий эффективно решать многие проблемы в сфере ВИЧ/СПИДа в России. Также на сессии, посвященной ситуации в Крымской республике, некоммерческие организации предлагали зачастую больше вариантов решения сложившихся ситуаций, чем некоторые представители ответственных государственных служб. В связи с вышеупомянутым, Д. Годлевский отметил важность межсекторного взаимодействия, которое, с одной стороны можно определить, как эффективные социальные технологии, способствующие привлечению общества к т.н. гражданскому управлению; с точки зрения бизнеса как корпоративную социальную ответственность, например, снижение цен на лекарства или выбор направлений социальных программ; и также как практическую работу, направленную на помощь конкретным людям.

На текущий момент не существует государственной системы, которая сама, при помощи бюджетных организаций смогла бы организовать решение всех проблем связанных с зависимостью и социально-значимыми заболеваниями. Поэтому возникает схема взаимодействия между врачами, психологами, социальными работниками, членами семьи и друзьями, «равными» консультантами, которые все вместе решают одну задачу. Члены мультипрофессиональных бригад оказывают весь спектр помощи, включая ведение индивидуального случая, телефонное и индивидуальное «равное» консультирование, психологическую поддержку клиентов и их родственников, участие в группах взаимопомощи, которые позволяют решить проблему конкретного человека с точки зрения его заболевания. Поэтому только эффективное межсекторное взаимодействие в различных сферах: ресоциализация лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, реабилитация зависимых, обеспечение приверженности лечению и других, обеспечивает комплексную помощь, экономит время, бюджетные средства и улучшает качество жизни наших клиентов.

**А.А. Кропинов**, руководитель Калужской областной общественной организации «Будем жить» рассказал о деятельности по профилактике и поддержке в связи с наркозависимостью и ВИЧ-инфекцией в своем регионе. Одним из достижений Калужской области в данной сфере является создание Координационного совета по

противодействию ВИЧ/СПИДу при правительстве Калужской области. Отличительной чертой Совета, в который входит губернатор, вице-губернатор, представители служб ФСИН, ФСКН, СПИД-центра, наркологии и общественных организаций является то, что предложения, поступающие от общественных организаций внимательно рассматриваются и после проработки поддерживаются на всех уровнях. Одним из последних предложений НКО «Будем жить», поддержанных вице-губернатором области, является программа по профилактике ВИЧ/СПИДа среди молодежи на рабочих местах. Программа рассчитана на три года и будет осуществляться НКО «Будем жить» совместно с местными профсоюзами и СПИД-центром. Готовится программа по профилактике ВИЧ на рабочих местах посредством профилактики употребления психоактивных веществ. Совместно с волонтерским движением проводятся акции для молодежи, пропагандирующие здоровый образ жизни, оказывается поддержка детям, рожденным ВИЧ-положительными родителями и детям, чьи родители находятся в наркотической зависимости, на реабилитации или в местах лишения свободы. Совместно с ФСКН разрабатываются и распространяются информационные материалы по профилактике употребления ПАВ среди наименее защищенных групп населения. При взаимодействии НКО «Будем жить» с медицинскими организациями – СПИД-центром, наркологическим диспансером происходит взаимное перенаправление клиентов для оказания необходимой помощи. Областью выделены средства на создание информационного центра по ВИЧ/СПИДу, который поможет мотивировать клиентов на прохождение необходимого лечения и реабилитации, здоровый образ жизни, позволит получить юридическую помощь и достоверную информацию. СПИД-центром уже выделено помещение для информационного центра. Среди проблем упомянуто ограничение возможности проходить необходимые обследования и получать своевременное лечение ВА-АРТ людьми, находящимися на реабилитации, например, в центрах, использующих трудотерапию.

**Е.А. Еракина**, сопредседатель координационного совета Всероссийской общественной организации «Союз добровольцев России» рассказала о деятельности своей организации. Организация функционирует посредством шести региональных отделений по основным направлениям, включающим материнство и детство, духовно-нравственное и патриотическое воспитание молодежи, помощь детям с ограниченными возможностями, сохранение экологии. В отличие от предыдущих выступающих, деятельность этой организации больше направлена на профилактику и пропаганду здорового образа жизни. Например, волонтеры, работающие по

направлению материнство и детство, работают с воспитанниками и выпускниками детских домов. Члены организации часто помогают в зонах бедствий и катастроф. Для оказания необходимой помощи клиентам организация сотрудничает с другими НКО, например, Российским союзом спасателей, Национальным союзом реабилитационных центров. Представители организации в регионах входят в общественные советы по своим направлениям. Недавно, ВОО «Союз добровольцев России» привлекал ребят, которые прошли реабилитацию при помощи Национального союза реабилитационных центров, совместно с другими волонтерами участвовать в операции по ликвидации последствий наводнения в Хабаровске. Е.А. Еракиной были продемонстрированы документальные кадры этой деятельности. Отмечено, что все участники этой операции работали на равных, не чувствуя отдаленности или отчуждения, а по окончании 12-часового рабочего дня все вместе принимали участие в командообразующих мероприятиях. Одна из основных проблем, с которой сталкиваются добровольцы в профилактической работе, это низкий уровень информированности населения по темам, связанным с зависимостями и социально-значимыми заболеваниями. Молодежь и подростки в детских домах часто стесняются обращаться со своими проблемами и вопросами к воспитателям и предпочитают «на равных» задать вопросы своим ровесникам – волонтерам.

**Л.И. Никулина**, сотрудник Государственного казенного учреждения Центра социальной адаптации «Люблино» рассказала о деятельности своего учреждения. Центр работает с людьми без определенного места жительства (БОМЖ), с которыми не раз встречался каждый из нас. 18 лет назад в этом районе было создано первое в Москве учреждение для этой категории граждан. Департамент социальной защиты понимал важность этой работы и для людей БОМЖ и для остального населения, поэтому к 2013 году уже существовала сеть центров социальной адаптации для людей БОМЖ. В прошлом году в результате реорганизации, центры стали функционировать, как единое учреждение с центром в Люблино. У учреждения в Москве есть 4 стационара, располагающие 1000 коек, в прошлом году открыто отделение для дневного пребывания, центр ночного пребывания и отделение, которое занимается только вопросами оказания гуманитарной помощи. Основной целевой группой ЦСА Люблино являются люди, утратившие жилье в Москве, также ЦСА работает с людьми, оказавшимися в Москве по другим причинам. Иногородним россиянам ЦСА помогает восстановить социальные связи, и при их наличии покупает билет и отправляет человека к его/ее родным. Помощь также оказывается и иностранцам – гражданам бывшего СССР, она включает

работу с посольствами, другими общественными организациями, помощь в восстановлении документов, так как пока человек не подтвердил гражданство другой страны, он получает помощь как россиянин. Большую группу клиентов ЦСА составляют люди, потерявшие жилье в результате злоупотребления алкоголем/ПАВ и люди, выписанные со своей жилплощади во время отбывания наказания в МЛС в то время, когда действовало соответствующее законодательство. Также среди БОМЖ есть пожилые и молодые люди, которых обманули или подставили родственники. ЦСА принимает всех нуждающихся, помогает в подтверждении личности и восстановлении документов, получении медпомощи, оформлении инвалидности. Для пожилых и нуждающихся в стационарном уходе клиентов собираются документы для отправления в стационарное учреждение. Все услуги бесплатные, финансирование осуществляет бюджет Москвы. Большой проблемой является питание – оно в центре одноразовое. Бесплатный ужин предоставляется только людям старше 70 лет, инвалидам, перенесшим туберкулез. В период, когда у клиента еще не восстановлены документы, и он не может устроиться на работу, ему предоставляется возможность на добровольной основе участвовать в социально-полезных работах и заработать себе талон на ужин. Другие проблемы – трудности в получении работы без постоянной регистрации, криминальное прошлое, утраченные трудовые навыки. Центр старается помочь клиентам трудоустроиться и есть очень позитивные примеры людей, успешно работающих, купивших жилье в Подмосковье. Однако 80% клиентов имеют проблемы со злоупотреблением алкоголя/ПАВ, 40% мужчин и 25% женщин криминальное прошлое, в связи, с чем в центрах часто возникают конфликты на почве алкоголизма. Людей, нарушающих режим, приходится выписывать из центра для сохранения безопасных условий для остальных. Часто люди работают до первой зарплаты или возвращаются в центр через 2–3 месяца в начальном состоянии и с ними приходится проводить всю работу заново. ЦСА располагает большим штатом сотрудников, хорошими бытовыми условиями. Проблема в том, что клиентов ЦСА надо лечить, особенно от алкогольной/ПАВ зависимости, поэтому учреждение всегда открыто для сотрудничества.

**Т.В. Кислова**, заведующая отделением № 15 МНПЦН, рассказала об организации лечебно-реабилитационного процесса в наркологии на примере реабилитационного отделения № 15 МНПЦН. С 2005 года в отделении, сейчас имеющем 45 мест, функционирует реабилитационная программа «Чистота». Москвичи и до 2013 года и жители Подмосковья и РФ могли получать помощь бесплатно.

Реабилитация в наркологии – это комплекс мер, направленных на восстановление физичес-

кого и психического состояния пациента, восстановление его поведенческих, личностных и социальных качеств, способности функционирования в обществе без употребления ПАВ.

В основе программы лежит единая технологическая цепочка мероприятий, которая учитывает не только решение медицинских проблем, а также социальные и духовные аспекты. Задачи реабилитации: формирование мотивации на полный отказ от немедицинского употребления ПАВ; формирование мотивации на активное участие в лечебно-реабилитационном процессе; коррекция структуры личности больного; повышение уровня социального функционирования.

Лечебно-реабилитационный процесс, как правило, начинается с общения с врачами и психологами в приемном покое, детоксикации и лечения абстинентных расстройств, далее происходит лечение психопатологических, неврологических, соматических расстройств, психотерапия и коррекция личностных расстройств, медико-психологическая реабилитация, противоресививные мероприятия и социальная реабилитация, создание лечебной субкультуры как антитезы наркотической субкультуры.

На протяжении последних 4-х лет отделение старается вывозить пациентов на экскурсии по духовным местам. Ежегодно празднуется юбилей программы, на который приходят делиться опытом ее выпускники. Стационарный этап лечения включает 30–45 дней, амбулаторный – от 4 до 8 месяцев и года, особенно для пациентов с игровой зависимостью. С 2005 года были проведены два мониторинга, через 5 и 7 лет. Несмотря на большое количество затраченных усилий, за 7 лет из 100% (34 403 чел.) только 7% (2331 чел.) прошли медико-социальную реабилитацию и находятся в ремиссии. Из этих 2331 пациента 1683 человека (72,6%) прошли полный курс стационарной медико-социальной реабилитации, 648 человек (27,4%) прошли неполный курс лечения, 1026 человек (43,6%) прошли 6-месячный курс и 657 человек (29,1%) 2-месячный курс. Количество клиентов в ремиссии заметно возросло после прохождения реабилитации и внедрения амбулаторной программы в 2006–2007 году, и на 2012 год составляет 43%; 8% пациентов, прошедших полный курс лечения, возвращаются в реабилитационную программу. Из них 6% пациентов поступают после возобновления употребления ПАВ и 2% – на противоресививное лечение для профилактики срыва.

Главной задачей программы является социализация пациентов, и пациенты имеющие ремиссию от 1 до 1,5 лет трудоустроены на 65%, имеющие 2–3 года трезвости трудоустроены на 98%, а имеющие более длительный срок трезвости трудоустроены в 100% случаев и большинство уже имеет стаж работы. Выпускники реабилитационной программы с трезвостью не менее 2–3 лет также активно привлекаются к работе в программе.

**Июсса Романова**, медицинский психолог, представила деятельность Краевого наркологического реабилитационного центра при ГУЗ Краевой психиатрической больнице Хабаровского края: «Наш реабилитационный центр, это детище его сотрудников, для которого мы по крупинкам собирали лучшие практики, и поэтому то, что сейчас делает центр, является новацией для Дальнего Востока. С 2003 по 2007 год реабилитационная программа осуществлялась на базе психиатрического отделения, в январе 2008 года открылось отделение реабилитации наркологических больных, которое с 1 марта 2014 года было переименовано в отделение медико-социальной реабилитации. В реабилитационном процессе участвуют: наркологический диспансер, наркологический стационар, отделение реабилитации наркологических больных». И. Романова продемонстрировала фотографии центра на 25 коек, палат, тренажерного зала, зала психотерапии, лечебно-трудовой мастерской, столовой, спортивной площадки. Раз в неделю в центр приезжают члены сообщества АН для проведения спортивных соревнований с реабилитантами. Основные принципы работы отделения: добровольность, доступность, бесплатная помощь для жителей Хабаровска и области. Этапы процесса реабилитации включают в себя: восстановительный, длительностью от 10 дней до 2 месяцев, реабилитационный, продолжительностью 6 месяцев, адаптационный – 1 месяц, интеграционный – 1–2 месяца, стабилизационный – 3–4 месяца, профилактический, продолжительностью не менее 1 года, восстановительный – от 10 дней до 2-х месяцев. В отделении работают: психиатр-нарколог, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, инструктор по ЛФК. РЦ сотрудничает с сообществами АН и АА. Используется терапия трудом, духовная жизнь, включая духовный час с представителями различных конфессий, посещение служб в храмах и церквях и изучение религиозной литературы. С пациентами РЦ регулярно проводятся занятия физкультурой и спортом, а участники волонтерского отряда «Добрые руки» участвовали в ликвидации последствий наводнения 2013 года, за что были награждены губернатором Хабаровского края. Среди новаций программы реабилитации: создание группы профилактики срывов, группы проработки дефектов характера, группа «Встреча содружеств» с сообществом АН, видеотренинги. Показатели ремиссии – от 3-х человек в 2008 году выросли до более 100 человек на сегодняшний день.

**Александр**, представитель служения по лечебным учреждениям сообщества Анонимных алкоголиков Москвы рассказал о деятельности сообщества. Александр тепло поблагодарил участников встречи за профессиональную и человеческую помощь, соучастие и сотрудничество с членами сообщества, сказав, что многие

члены сообщества АА выжили благодаря этой помощи, в то время как большинство людей с алкогольной зависимостью все-таки умирает. Александр рассказал об истории создания сообщества АА, первая российская группа «Московские начинающие», была создана в Москве в 1987 году, и в этом году российскому АА исполняется 27 лет. Из 500 существующих на сегодня в России групп АА 120 групп работают в Москве и Московском регионе. За эти 27 лет сообщество и его членов всегда поддерживало население и госструктуры, включая УФСИН, МВД, РУБОП, СМИ, РПЦ – несколько групп АА проходят в церквях, лечебные учреждения МНПЦ наркологии – наркологическое отделение при 12 наркологическом диспансере и другие, психиатрические больницы, Пушкинская ЦКБ, 68-я клиническая больница Москвы. На сегодняшний день в различных ЛПУ размещено более 40 информационных стендов сообщества АА и уже получено разрешение Департамента здравоохранения Москвы на размещение информационных стендов сообщества в городских поликлиниках. Сообщество регулярно проводит встречи с партнерами и презентации. Информационный стенд сообщества и раздаточные информационные материалы также представлены в холле для участников встречи.

**Оксана Доброскок**, руководитель направления по работе с наркозависимыми Санкт-Петербургского благотворительного общественного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие» представила деятельность Фонда и реабилитационного центра в Ленинградской области.

БОФ МСП «Гуманитарное действие» (БОФ ГД) существует как российское НКО с 2001 года. С начала своей деятельности НКО работает с проблемами ВИЧ-инфекции, наркомании и других социально-значимых заболеваний. Целевыми группами БОФ ГД являются люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работники коммерческого секса (РКС), беременные и имеющие детей представительницы групп ПИН, РКС и ЛЖВ, а также специалисты, работающие с этими группами. БОФ ГД оказывает содействие представителям целевых групп в получении комплексной психо-медико-социальной помощи, занимается обучением специалистов из НКО и государственных организаций работе со своими целевыми группами, является некоммерческим ресурсным центром по всем упомянутым темам. Одним из основных подходов, разрабатываемых и продвигаемых БОФ ГД, является служба социального сопровождения своих клиентов. Самая сложная на сегодня группа, это люди с тройным диагнозом – наркомания, ВИЧ-инфекция и туберкулез (ТБ).

Используя заработанный за годы работы в России устойчивый доступ и доверие целевых

групп БОФ ГД представляет их интересы в работе с государственными организациями, в профильных комитетах и комиссиях, членами которых является БОФ ГД. Сотрудничество происходит на основе договоров о сотрудничестве, совместного участия в рабочих встречах, конференциях и круглых столах. Программы БОФ ГД на сегодня включают поддержку работы мобильного автобуса и микроавтобуса, выезжающих в места скопления представителей целевых групп для проведения консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию и гепатиты, экспресс консультирования специалистов по интересующим медицинским и социальным вопросам. Всего в 2013 году при поддержке программ БОФ ГД получили медицинскую, психологическую и социальную помощь 3763 человека, было проведено 1443 консультации, 1336 тестов на ВИЧ, из них примерно в 10% случаев с положительными результатами, более 200 человек получают лечение АРВТ, более 100 человек находятся в ремиссии, 50 беременных женщин, употребляющих наркотики, получили медицинскую помощь по беременности и родам, прекратили употребление наркотиков и в настоящее время воспитывают своих детей. Более 400 человек получили услуги по социальному сопровождению и консультации по ВИЧ и сопровождаются для обследования и лечения ВААРТ в государственные ЛПУ Санкт-Петербурга и Ленинградской области; 146 человек получили консультации по зависимости и содействие в госпитализации в наркологические учреждения и содействие в дальнейшей реабилитации; 153 человек были сопровождаемы для обследования на ТБ, из них 38 полностью прошли лечение от ТБ.

**Александр Фокин**, заместитель руководителя по социальной адаптации сети реабилитационных центров «Точка отсчета» и заместитель руководителя Московского областного регионального отделения Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» (РБФ НАН) рассказал о деятельности представляемых им организаций.

Реабилитационные центры на основе ООО «Точка отсчета» и ООО «Точка отсчета-Р» расположены в Рязанской области. Стоимость пребывания в них составляет от 25 до 45 тыс. руб. в месяц в зависимости от условий проживания. Еще два реабилитационных центра находятся в Московской области, стоимость пребывания в них составляет 66 тыс. руб. в месяц. Единновременно проходит реабилитацию группа не более чем из 12–15 человек. В РЦ работают консультанты, психологи, педагоги-психологи, врач-нарколог по договору. Есть стандартный курс реабилитации или коррекции поведения. Программа рассчитана на срок не менее 3-х и не более 6 месяцев. В своей работе РЦ опираются на методики сформированные в России и за рубежом с применением идеологии «12 шагов», ма-



териалы и наработки РБФ НАН; личный опыт консультантов, задействованных в программе; индивидуально разработанные программы, специалистов других областей – психологов, социальных работников; материалы и наработки, сформировавшиеся за время работы РЦ.

В рамках деятельности РБФ НАН разработаны и издаются информационные пособия для близких и родителей зависимых людей. Работа с близкими и родственниками зависимых обычно включает в себя первичную консультацию, предоставление информационных материалов по созависимости, привлечение в проведение социальных и культурно-массовых мероприятий, проведение мероприятий по первичной профилактике.

Проводятся спортивные мероприятия и интерактивные мероприятия в школах и колледжах, профилактическая акция «Трезвый образ жизни, как национальный приоритет России», профилактическое мероприятие «Чистая книга» в Музее заповеднике Царицыно с участием волонтеров и бывших резидентов наших реабилитационных центров, посещение выставок, музеев, театров и других учреждений культуры. Большинство мероприятий проводятся совместно с партнерами из МНПЦ наркологии, ФСКН и другими. РБФ НАН прошел регистрацию Системы добровольной сертификации на соответствие Национальному стандарту Российской Федерации ГОСТ Р 54990-2012 «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг».

**А.Г. Савицкий**, президент Некоммерческого фонда «Здоровая страна» представил существующий опыт работы фонда и программу РЦ «Аналитика». РЦ «Аналитика» – это «облачная» система учета обращений людей с проблемами зависимости и их близкого окружения, ежедневного ведения динамики резидентов реабилитационного центра и аналитики результатов реабилитации. Это система с распределенными правами доступа, а также единая база данных, колл-центр, детоксикация, консультации, включая консультации родственников и близких, реабилитация, постреабилитация, видеонаблюдение, информация об обращениях, статистические отчеты. При работе с единой базой данных сотрудники организации вносят в систему данные, которые становятся доступны для анализа и оценки, позволяют проследить динамику реабилитации в течение всего срока реабилитации и постреабилитационного процесса, при этом каждая организация имеет доступ только к своему кластеру данных, доступ предоставляется посредством сети интернет и может быть осуществлен из любой точки России и даже мира.

Сотрудники колл-центров добавляют обращения в РЦ «Аналитику», направляют зависи-

мого в другие организации или отделы. При входящем звонке сотрудник заносит информацию о том, кто обратился, о самом зависимом, о проблеме и проводимом ранее лечении, а также о предложенных мероприятиях. Работа с родственниками зависимого тоже фиксируется в программе РЦ «Аналитика». В программе отмечается каждая консультация, проведенная с родственниками. Сотрудники других отделов могут посмотреть, успешно ли прошла консультация и какие ее результаты. Во всех реабилитационных центрах, использующих программу РЦ «Аналитика», ведется круглосуточное видеонаблюдение. Это позволяет сделать прохождение курса реабилитации максимально безопасным, а отчетность о терапевтическом процессе прозрачной для руководящего состава и государственных органов. Записи сохраняются до 2-х месяцев.

**А.В. Новаков**, руководитель загородного реабилитационного центра в Ступино ГБУЗ МНПЦН ДЗМ, рассказал об открытии и начале работы реабилитационного центра. В 2013 году 15-му реабилитационному отделению МНПЦН исполнилось 8 лет и вся его успешная технология реабилитации была перенесена в новый загородный РЦ в г. Ступино. Это бывшая психиатрическая больница № 9, которая с 1 апреля стала филиалом МПНЦН. Персонал психиатрической больницы остался работать на прежнем месте и в настоящее время проходит переквалификацию для работы с больными наркологического профиля. В корпусе находится 4 отделения, каждое из которых рассчитано на 50 коек. По новому штатному расписанию на каждое из отделений дополнительно к старшему, среднему и младшему медицинскому персоналу предусмотрены ставки специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских психологов, мастера производственного обучения, инструктора по лечебной физкультуре. В лечебном корпусе также находятся отделения функциональной диагностики УЗИ, ЭКГ, лаборатория, отделение физиотерапии, кабинет зубного врача. В перспективе планируется подготовить комнату отдыха для социальных работников, которые работают сутками и зал для занятий йогой. На прилегающей территории бывшего детского сада также планируется организовать отделение неотложной наркологической помощи. Автотранспорт РЦ по потребности выезжает в филиал МНПЦН № 6, отделение профилактики социально значимых заболеваний на ул. Высокая. Через отделение на ул. Высокая пациентов в РЦ направляют другие филиалы МНПЦН, ФСИН, общественные организации, Русская Православная Церковь. Клинические филиалы МНПЦН могут направлять пациентов в РЦ напрямую. За период с 7 апреля по 14 мая получены следующие результаты: в полном объеме функционирует отделение № 3, в котором

на 14 мая находятся 17 пациентов – 5 алкоголиков и 12 наркоманов, среди которых 2 девушки. За период с 7 апреля по 14 мая выписано 2 пациента по плановой выписке и 2 пациента отказались от лечения.

В рамках просветительской деятельности в Центр приезжал главный нарколог Московского областного наркологического диспансера В.П. Котлубай, а в начале июня 2014 года в клубе реабилитационного центра запланировано проведение съезда наркологов Московской области. Также в рамках сотрудничества с общественными организациями вышла статья о центре в журнале «Шаги профессионал» (№ 2-2014). Совместно с центрами профилактики зависимого поведения и Фондом «Достоинство» проводится профилактика табакокурения в средних учебных заведениях Ступинского района. В четверг и субботу группы в Ступино проводят собрание анонимных алкоголиков, а в воскресенье – выездная группа сообщества анонимных наркоманов. Из числа духовно-ориентированных мероприятий каждое воскресенье все желающие могут посетить Храм Рождества Пресвятой Богородицы в селе Старая Ситня. Один раз в две недели проводится познавательная экскурсия. Центр в Ступино взаимодействует с центрами занятости населения Москвы, с ФСКН.

В завершение выступления А.В. Новаков поблагодарил за постоянную помощь отделение профилактики социально-значимых заболеваний в лице А.А. Максимовской, коллег из других отделений и филиалов МНПЦН, государственных и общественных партнерских организаций.

**А.А. Максимовская**, ведущий специалист отделения профилактики социально значимых заболеваний МНПЦ наркологии представила Модель социального сопровождения пациентов с опийной зависимостью, направленной на повышение приверженности к противорецидивной терапии с применением лекарственных средств и социальную адаптацию пациентов ГБУЗ МНПЦН ДЗМ.

Амбулаторная программа «Шанс» была разработана и апробирована в 2013 году. Данная Модель социального сопровождения пациентов с опийной зависимостью, направлена на повышение приверженности к противорецидивной терапии с применением лекарственных средств и социальную адаптацию пациентов ГБУЗ МНПЦН ДЗМ. Разработана на основе методических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ «Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных», разработанных ГУЗ МНПЦ нар-

кологии Департамента здравоохранения Москвы 9 апреля 2013 года. Целью программы является формирование приверженности лечению социально значимых заболеваний наркозависимых и содействие их социальной реинтеграции. Основная идея программы – помощь участнику программы в достижении полного воздержания от употребления всех ПАВ и алкоголя. Все методы программы апробированы в терапевтической практике и не имеют противопоказаний для применения у участников с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ. В программу включаются пациенты имеющие опийную зависимость и опыт предыдущего лечения, из которых формируются три группы: 1) пациенты, ранее не имевшие опыта противорецидивной терапии и реабилитации, 2) имевшие неудачный опыт стационарной реабилитации без применения лекарственных средств и 3) имевшие неудачный опыт амбулаторной противорецидивной терапии лекарственными средствами без применения психотерапевтических и реабилитационных технологий. Структура программы строится вокруг пациента, который является ее центром. Последовательными этапами цикла изменения поведения участника программы являются: оценка рисков и анализ ситуации, предоставление информации и мотивирование на изменение поведения, оказание помощи в решении проблем, мешающих изменению поведения, обучение навыкам и предоставление ресурсов, анализ результатов и новая оценка рисков.

Составляющей частью программы являются консультирование и психологическая поддержка. Основным механизмом – поддерживающее консультирование. Для повышения мотивации участника программы на социальную адаптацию и укрепление здоровья предоставляется психологическая поддержка. Для каждого участника программы разрабатывается индивидуальный план сопровождения – своеобразная «дорожная карта», по которой осуществляется движение в рамках программы. Индивидуальный план участника программы разрабатывается мультипрофессиональной бригадой специалистов с участием самого участника и позволяет понять, в чем будет заключаться помощь, какая будет последовательность шагов, в течение какого периода будет предоставляться помощь и как распределяется ответственность между участником программы и специалистами. «Удержание» участника в данной амбулаторной программе достигается благодаря отлаженной в отделении профилактики социально-значимых заболеваний системе направлений, взаимодействия и обмена информацией с другими организациями, а также регулярности встреч с участниками программы.

*Материал подготовлен Екатериной Юсуповой*

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМИ ДЕТЬМИ И ИХ СЕМЬЯМИ: ПРОЦЕСС РАСКРЫТИЯ ВИЧ-СТАТУСА РЕБЕНКУ

Методическое пособие\*

*В пособии освещены поэтапный подход в процессе раскрытия ВИЧ-положительного статуса детям и методы социально-психологической работы с их родителями. Издание знакомит с теоретическими и практическими аспектами социальной работы с ВИЧ-позитивными детьми, раскрывает особенности мультидисциплинарного ведения случая в контексте раскрытия ВИЧ-статуса детям, которые воспитываются в семьях или интернатах.*

### ПРОЦЕСС РАСКРЫТИЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО СТАТУСА РЕБЕНКУ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

**Социально-психологические характеристики проявлений ВИЧ-инфицирования у детей.** Болезнь — это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, что, к сожалению, случается в течение жизни с любым человеком — и взрослым, и ребенком. Все люди болеют — одни чаще, другие реже. Болезнь может пройти бесследно, запомниться на всю жизнь, или же, наоборот, человеку придется научиться жить с ней. Именно так и происходит в случае, когда человек сталкивается с ВИЧ-инфекцией.

Люди, имеющие какое-либо серьезное заболевание, в том числе и хроническое, воспринимают болезнь как одно из наиболее травматических событий в своей жизни. Как следствие, такие переживания сказываются на физическом и психическом состоянии больного. Прежде всего возникают отрицательные эмоции: страх, тревога, боль, страдания, гнев, чувство вины, которые по-разному проявляются на разных стадиях течения заболевания и его лечения. Взрослый человек не всегда в состоянии преодолеть такие переживания, еще сложнее, когда речь идет о детях. В случае ВИЧ-инфицирования ребенка ситуация осложняется еще и тем, что подавляющее большинство родителей скрывают от него настоящий диагноз, придумывая вместо него другие болезни, которые, в отличие от ВИЧ-инфекции, не связаны со стигмой и дискриминацией в обществе.

ВИЧ-инфицированный ребенок неизбежно испытывает страх и тревогу, связанные с ограничением свободы, одиночеством и отсутствием поддержки со стороны ближайшего окружения. Такие ощущения могут углубляться в связи

с необходимостью госпитализации ребенка и вынужденной разлукой с близкими, отсутствием у ребенка информации о болезни и ее последствиях, назначением медицинских манипуляций, а также запугиванием больницей и врачами.

На фоне течения ВИЧ-инфекции у ребенка могут развиваться невротические и астенические состояния: плохое настроение или резкое его изменение, раздражительность, слабость, недостаточная концентрация внимания. Кроме того, ВИЧ-инфекция и ее последствия могут вызвать неприятные переживания и внутренние конфликты, вследствие чего возникают вялость, апатия, общее снижение как физической, так и психической активности ребенка.

Сложные и непонятные для ребенка обстоятельства болезни активизируют различные психологические механизмы защиты, которые отражаются на его общем поведении.

В целом, реакция ребенка на информацию о его ВИЧ-инфицировании и приобретении ВИЧ-положительного статуса может иметь различные проявления.

**Депрессия.** Протекание этого состояния зависит от возраста. Прежде всего снижается жизненная активность ребенка. Он становится грустным, избегает контактов с другими детьми и взрослыми. При долговременной госпитализации ребенка депрессивные реакции могут появляться, если мать или другие близкие лица не находятся рядом с ним или редко его навещают.

Иногда ребенок может воспринимать болезнь как наказание за плохое поведение или нечто подобное. В таком случае дети пассивно принимают медицинские процедуры и лекарства, воспринимая их как проявление наказания. В других случаях такая пассивность может объясняться эмоциональным и физическим ис-

\* «Социально-психологическая работа с ВИЧ-позитивными детьми и их семьями: процесс раскрытия ВИЧ-статуса ребенку», Методическое пособие, под общ. ред. канд. пед. наук Н.Ф. Романовой. Авторы-составители: О.А. Виноградова, О.С. Брыжоватая, О.В. Дудина, О.М. Мардарь, А.С. Прудников, Н.А. Тимошенко, Н.Ф. Романова, И.Л. Варшик. — К., Инжиниринг, 2010. — 148 с. ВБО «Всеукраинская сеть ЛЖВ», «Romanian Angel Appeal».

тощением ребенка. Глубина и уровень проявления таких реакций зависят от многих факторов, в том числе от возраста ребенка и его психоэмоционального развития.

Дети младшего школьного возраста и подростки способны демонстрировать такую форму поведения, как отрицание. Они отрицают факт существования болезни и демонстрируют это разными способами себе и окружению. Обычно это протест против медицинских процедур, приема лекарств, посещения врачей, выполнения требований лечения, отчуждение от родных или друзей через стыд и обиды. Такая реакция является одним из механизмов адаптации к сложившейся ситуации. Нередко протест вызывают надежды на выздоровление, иногда оказывающее стимулирующее влияние на здоровье ребенка. Вместе с тем вера в необычайное и внезапное выздоровление может привести к навязчивым состояниям и появлению фантазий, которые, в свою очередь, могут повлечь трагические разочарования, вследствие чего дети переживают тяжелую депрессию.

Часто у детей встречается реакция использования болезни ради привлечения к себе дополнительного внимания родителей или окружающих. Такое поведение наблюдается среди детей, которые воспитываются под гиперопекой родителей, или же, наоборот, в семьях, где родители уделяют слишком мало внимания детям. Эта незнательная манипуляция взрослыми в будущем может привести к развитию у ребенка ипохондрического синдрома.

Ребенок, имеющий описанные выше поведенческие реакции, нуждается в поддержке со стороны близкого окружения. В свою очередь, взрослые, которые воспитывают ВИЧ-позитивного ребенка, нередко и сами нуждаются в консультациях специалистов. Психолог может помочь взрослым понять причины изменений в поведении ребенка, способствовать укреплению эмоциональных связей между родителями и ребенком, объяснить родителям, как важно, чтобы ребенок знал об особенностях состояния собственного здоровья, и посоветовать, в какой форме это лучше сделать.

ВИЧ-позитивный статус ребенка может указывать на то, что кто-то из его родителей также инфицирован. И хотя сегодня о путях передачи ВИЧ и средствах предотвращения ВИЧ-инфицирования известно больше, чем 20 лет назад, уровень стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных остается достаточно высоким. Поэтому большинство семей склонны держать информацию о статусе своего ребенка в строгом секрете, опасаясь негативной реакции со стороны социального окружения или непредвиденной реакции других членов семьи.

Родители также боятся, что их ребенок, узнав о своем ВИЧ-статусе, не сможет держать это в тайне. Часто родители не хотят лишать детей

беззаботного детства и пытаются как можно дольше уберечь ребенка от информации о болезни, опасаясь, что это может привести к депрессии или ухудшению психического состояния здоровья ребенка.

Некоторые родители, давая лекарство ребенку, предпочитают не сообщать ему, зачем он это лекарство принимает. Однако со временем хранить в тайне ВИЧ-статус становится все труднее.

**Консультирование родителей на этапе принятия решения о раскрытии ВИЧ-статуса ребенку.** Мысль о необходимости рассказать ребенку о его ВИЧ-статусе крайне тяжела для всех родителей или лиц, которые занимаются ребенком. Часто родители ссылаются на малый возраст ребенка, нецелесообразность говорить о статусе именно сейчас, на вероятность того, что ребенок расскажет об этом окружающим, друзьям, учителям или же не поймет родителей, будет обижен на них, или может совершить попытку самоубийства.

На самом деле, чаще всего причинами откладывания обсуждения является то, что сами родители или попечители ребенка не готовы говорить с ним о его ВИЧ-статусе и поэтому стараются отложить этот разговор как можно дольше. Родители не уверены как лучше это сделать: каким образом и когда начать разговор с ребенком, что при этом следует сказать, о чем рассказать и стоит ли предоставлять всю информацию во время одного разговора. Возможно, кто-то может это сделать лучше их?

Среди аргументов «против», которыми часто пользуются родители, могут быть следующие:

- Реакция ребенка на такую новость может быть непредсказуемой: ухудшение состояния здоровья, самоизоляция, депрессия и т.д.
- Раскрытие ВИЧ-положительного статуса ребенку заставит его повзрослеть и попрощаться с детством.
- Ребенок пока неспособен понять (с интеллектуальной и эмоциональной точек зрения) ситуацию относительно собственной болезни и ее последствий.
- Ребенок может рассказать о своем диагнозе другим, что станет причиной стигмы и дискриминации по отношению к нему.
- Такой разговор с ребенком очень серьезен, к нему нужно тщательно готовиться, на это нужно время.
- Когда ребенок узнает о своей болезни, он откажется от АРВ-терапии.
- О раскрытии статуса следует начинать думать, когда ребенок достигнет подросткового возраста, раньше нет смысла.

Родителям, не осмеливающимся сделать это самостоятельно из-за собственной неуверенности, целесообразно обратиться к специалисту, который поможет решить этот сложный вопрос.

### **Вниманию специалистов, консультирующих родителей:**

- Психологу или социальному работнику, то есть консультанту, который начинает разговор с родителями о раскрытии ВИЧ-положительного статуса их ребенку, следует иметь в арсенале аргументы «ЗА» раскрытие ВИЧ-статуса, которые помогут родителям принять решение в пользу разговора с ребенком.

- Готовясь к этому разговору, необходимо учитывать многие аспекты, в том числе возраст ребенка, путь инфицирования и другие важные моменты. В любом случае этот разговор должен происходить только тогда, когда ребенок к этому готов, целесообразнее после 5 лет.

- Консультанту следует с пониманием и уважением относиться к позиции родителей в данном вопросе. Не стоит давить на них и пытаться склонить к скорейшему разговору с ребенком. Родители должны осознать необходимость сообщения ребенку его диагноза, принять для себя решение рассказать ребенку о его ВИЧ-статусе. Это требует значительных эмоциональных сил. Специалист должен понимать, что отказ родителей в более или менее категорической форме — это психологическая защитная реакция, которая является вполне естественной формой защиты взрослого от дополнительных эмоциональных переживаний.

- Для более эффективного взаимодействия с родителями консультанту следует последовательно и аргументированно предоставлять информацию в пользу раскрытия статуса ребенку. Эти аргументы должны быть понятны и актуальны для родителей. Например, если для родителей важно улучшить взаимоотношения с ребенком, то консультант должен объяснить, как повлияет раскрытие ВИЧ-позитивного статуса ребенку на создание атмосферы доверия и открытости в отношениях между ним и родителями.

- Специалисту целесообразно иметь в своем арсенале различные примеры, которые он может использовать в качестве аргументов в беседах с родителями.

### **Примеры, которые можно использовать в работе:**

- Беседа с ребенком поможет ему избавиться от страхов и переживаний, связанных с «семейной тайной», ребенок может стать более спокойным, исчезнут некоторые страхи, может нормализоваться поведение.

- Открытая и честная беседа с ребенком поможет улучшить отношения взрослого с ним, поспособствует искреннему выражению чувств как взрослого, так и ребенка, улучшит взаимопонимание и создаст атмосферу доверия в семье в дальнейшем.

- Чем раньше ребенок, согласно рекомендованному возрасту для раскрытия ВИЧ-статуса, будет знать об особенностях своей болезни, тем спокойнее он воспримет эту информацию и бу-

дет способен ответственно относиться к сохранению собственного здоровья.

- Большинство детей подозревают, какая у них болезнь, и могут не знать только ее названия, раскрытие же ВИЧ-статуса высвобождает скрытые переживания, страхи и побуждает их задать все вопросы, которые могут возникнуть в ходе разговора.

- Если об особенностях состояния здоровья ребенку расскажут близкие люди, это поможет избежать ситуации, когда о диагнозе ему станет известно от третьих лиц (дальних родственников, врачей, соседей и т.п.).

- Ребенок, осведомленный об особенностях своего состояния здоровья и здоровья родителей, способен эмоционально поддерживать родителей, заботиться о них и сопереживать.

- Подготовленная и хорошо продуманная беседа с ребенком о ВИЧ-инфекции поможет родителям сохранить/сформировать адекватную самооценку ребенка, то есть информация о болезни не произведет на него негативного воздействия.

- Ребенок, знающий правду о своем состоянии здоровья, способен более сознательно формировать приверженность к АРВ-терапии, понимает важность ежедневного приема лекарств, визитов к врачу, более внимателен к собственному физическому состоянию, проявляет желание бороться с болезнью.

- Ребенок, которому родители рассказали о ВИЧ-статусе, более ответственен за собственное состояние здоровья, поэтому будет избегать рискованного поведения.

- Откровенная беседа с ребенком будет способствовать созданию атмосферы открытости в семье, так как ребенок начнет понимать причины усиленного внимания к себе со стороны родителей, у него могут улучшиться отношения с братом/сестрой или другими членами семьи.

Если приведенные аргументы положительно повлияют на желание родителей раскрыть ребенку его ВИЧ-статус, то у них могут возникнуть дополнительные вопросы. Для консультанта это будет знаком предварительной готовности родителей к восприятию более подробной информации. В этом случае специалистам следует рассказать родителям о преимуществах раскрытия ребенку ВИЧ-положительного статуса в простой и доступной форме.

Ниже приведено несколько примеров-объяснений относительно преимуществ раскрытия ВИЧ-статуса ребенку родителями или близкими ему лицами.

**Улучшение общения с ребенком в семье.** Жизнь ВИЧ-инфицированного человека часто связана с явлениями стигмы и дискриминации со стороны социального окружения. Стигма и дискриминация являются одними из главных причин, по которым родители отказываются от раскрытия ВИЧ-статуса ребенка. То есть, пытаясь за-

щитить ребенка от стигмы или дискриминации, семья скрывает от него правду. Кроме того, дети 4–7 лет открыты в общении с друзьями, другими родственниками, соседями, воспитателями и т.д. Учитывая это, родители переживают, что их ребенок может ненароком рассказать о своем статусе кому-то из социального окружения и, таким образом, повредит себе и семье. По их мнению, свой ВИЧ-статус следует держать в тайне, по крайней мере некоторое время. Все эти переживания могут повлечь увеличение внутреннего напряжения каждого из родителей, что приводит к ухудшению отношений между ними, а также между родителями и ребенком. Из-за желания не навредить ребенку родители часто отказываются отвечать на вопросы ребенка относительно его состояния здоровья, не дают объяснения по приему лекарств либо отвечают слишком обобщенно, в частности говорят ребенку, что у него другая болезнь, например, гепатит В или заражение крови и т.д.

При отсутствии ответов родителей дети пытаются самостоятельно ответить на собственные вопросы. Зачастую эти ответы являются ошибочными. Дети могут подумать, что болеют из-за того, что плохо себя вели, что скоро умрут, или же лекарство можно не пить, поскольку они не чувствуют себя больными.

Если раскрыть ребенку его ВИЧ-статус, исчезнут барьеры в общении между родителями и ребенком — теперь можно говорить обо всем откровенно. Родители освободятся от тягостных мыслей и переживаний, а ребенок избавится от ложных представлений о своем диагнозе, что также может положительно повлиять на эмоциональное состояние ребенка: он/она будет чувствовать себя важным для семьи и заслуживающим доверия взрослых. Общая ситуация высвобождения эмоций, которые все члены семьи очень долго держали в себе, может способствовать созданию в семье атмосферы открытости, взаимопонимания и поддержки.

Раскрытие ВИЧ-статуса поможет ребенку понять, что происходит с ним или с его родителями. Когда исчезнут секреты, ребенок сможет свободно задавать вопросы и получать на них ответы от родителей. В свою очередь, родители освободятся от необходимости постоянно контролировать собственные слова, разговоры и тоже почувствуют облегчение. Искренность, доверие и открытость во всех аспектах, связанных с ВИЧ, благоприятно скажутся на отношениях между членами семьи. Кроме того, дети, зная об особенностях состояния здоровья родителей, способны оказывать им эмоциональную поддержку, проявлять заботу, напоминать о своевременном приеме АРВ-терапии, что также значительно улучшает отношения детей с родителями в целом.

**Формирование приверженности к АРВ-терапии.** В ситуации, когда ребенку известно о его ВИЧ-

статусе, родителям легче объяснить необходимость ежедневного приема лекарств, почему нужно часто посещать врача и делать анализы. Для специалистов, которые так или иначе сталкиваются с ребенком и знают о его статусе (врач, медсестра, социальный работник и др.), это облегчает ситуацию взаимодействия с ребенком. Специалисты также перестают испытывать внутреннее напряжение из-за необходимости постоянно контролировать содержание разговора с ребенком или с родителями в присутствии ребенка и отыскивать необходимые пояснения. Врачу или другому специалисту легче предоставлять дополнительную информацию о лечении, уходе для сохранения здоровья, об отношениях с окружающими и других важных аспектах жизни, если ребенок знает о своем ВИЧ-статусе.

**Избежание ситуации случайного раскрытия ВИЧ-статуса ребенку.** Опыт специалистов, которые работали с семьями над раскрытием ВИЧ-статуса детям, свидетельствует о том, что случайное раскрытие статуса (информация из медицинских карточек, услышанная от медперсонала или других лиц и т.п.) всегда имело негативное влияние на детей по сравнению с запланированным и последовательным процессом.

Именно в ситуации случайного раскрытия статуса ребенку эта новость становилась для него шоком. Дети начинали проявлять гнев и агрессию в отношении всех, кто скрывал от них правду, т.е. возникала реакция недоверия к окружающим после случайного раскрытия. Следует иметь в виду, что после этого дети могут не поверить ни одному слову взрослых, которые пытаются успокоить их. Также возможны случаи, когда они, руководствуясь злостью и обидой, могут отказаться от терапии, сдачи анализов и прохождения других медицинских процедур.

О подобных последствиях случайного раскрытия статуса ребенку следует рассказать родителям, особенно тем, кто пытается отложить момент раскрытия ВИЧ-статуса детям.

Специалистам, которые общаются с процессом раскрытия ВИЧ-статуса ребенка, нужно иметь в виду, что в ходе практической работы с различными семьями они смогут наработать и собственные аргументы по объяснению преимуществ запланированного раскрытия. Такие аргументы также будут оказывать эффективное влияние на мнение и чувства родителей, обратившихся к ним за консультацией. Следует помнить, что к каждой семье нужно искать индивидуальные подходы, которые могут быть совершенно разными. Но главным залогом эффективного сотрудничества со всеми родителями является уважение к их убеждениям, чувствам и позиции. Специалисты должны обсуждать с родителями различные сценарии возможных изменений ситуации в семье после разговора с ребенком, сосредотачиваясь на том, что может улучшиться, а что — нести в себе риски.

Задача специалистов на этом этапе — предоставление родителям информации о последствиях раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку. Располагая как можно большим объемом информации относительно процесса раскрытия ВИЧ-статуса ребенку, зная, как это может повлиять на него и всех членов семьи, родители смогут принять соответствующее решение относительно раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку.

**Мифы, связанные с процессом раскрытия статуса.** Еще одной распространенной причиной отказа от раскрытия ВИЧ-статуса ребенку являются страхи и переживания родителей, связанные с отсутствием полной информации относительно процесса и его последствий. В таких случаях родители приводят аргументы, которые можно отнести скорее к мифам, нежели к реальным ситуациям, возникающим во время или после разговора с ребенком.

Для того чтобы работа с родителями была конструктивной, специалистам, работающим с семьей в направлении раскрытия статуса ребенку, важно знать о мифах, наиболее часто используемых родителями в качестве аргументов. Также нужно понять причины появления таких мифов, быть хорошо подготовленными к ведению дискуссии с родителями и владеть информацией, которая поможет проиллюстрировать преимущества раскрытия ВИЧ-статуса ребенку и убедит родителей в необходимости этого шага.

**Миф 1: «Ребенок никогда не узнает!».** Родители очень часто сомневаются по поводу того, нужно ли рассказывать ребенку о семейных «тайнах», в том числе о ВИЧ-статусе кого-либо из членов семьи. Многие считают, что ребенок на протяжении всей жизни может и не узнать о таком факте. Однако, по мнению специалистов, замалчивание этой проблемы в семье не даст положительных результатов: дети подрастают, учатся в школе, общаются со сверстниками, существует широкий доступ к информации через телевидение, Интернет, в школе также часто рассказывают об эпидемии ВИЧ/СПИДа и рисках, связанных с ВИЧ-инфицированием. Ребенок может сравнить эту информацию с реальными фактами жизни своей семьи и понять, что от него скрывают правду о его собственном ВИЧ-статусе и статусе родителей. В такой ситуации родители не могут быть уверены в том, что именно ребенок услышит о ВИЧ-инфекции, что это будет за источник и какое качество этой информации, какое влияние она окажет на ребенка и какова будет реакция ребенка.

Родителям следует осознать, что ребенок живет в социуме и получает информацию из разных источников и скрывать факт его ВИЧ-положительного статуса в определенном возрасте станет невозможно. А случайное раскрытие статуса ребенку, в отличие от хорошо спланиро-

ванного и последовательного, создаст для него и семьи чрезвычайно сложную ситуацию.

Следует понять причины такой позиции родителей. Часто, когда родители говорят: «Ребенок никогда не узнает», — это означает, что ребенок задавал определенные вопросы родителям, но они были не готовы отвечать на них. И, как защиту от подобной ситуации в будущем, приняли для себя решение — не рассказывать/не отвечать ребенку на вопросы, связанные с ВИЧ-статусом или ВИЧ-инфицированием. То есть родители не хотят показывать ребенку собственные страхи и не знают, как правильно провести с ребенком беседу относительно его собственного здоровья. Специалистам следует объяснить родителям, что ребенок, который уже задавал им любые вопросы, связанные с его здоровьем, ищет информацию и стремится получить на них ответы. Кроме того, в зависимости от содержания вопросов, можно предположить, что ребенок уже догадался о своем ВИЧ-статусе.

**Миф 2: «Так лучше для ребенка, если он не будет знать».** Этот миф связан с предыдущим, однако имеет свои особенности. В данном случае родители также растеряны и выбирают стратегию молчания. Если в первом случае описаны причины, по которым родители решают не говорить с ребенком, то во втором они убеждены, что действуют в интересах ребенка.

Во время консультирования родителей, разделяющих этот миф, следует использовать те же аргументы, что и в предыдущей ситуации, но обязательно учитывать особенности этой позиции.

Специалисты, работающие с родителями, должны хорошо разбираться во внутренних противоречиях, возникающих у родителей: с одной стороны, им хорошо известны все проблемы, связанные с ВИЧ-позитивным статусом своего ребенка. Речь идет о проявлениях стигмы и дискриминации со стороны врачей, учителей, соседей, изоляции со стороны общества, оскорблениях, насилии и т.д. С другой стороны, родители стремятся получить положительную оценку социального окружения себя как внимательных родителей, которые заботятся и переживают за своего ребенка.

**Миф 3: «Ребенок будет в безопасности, если не узнает».** Источники, из которых ребенок может узнать о своем ВИЧ-статусе, разнообразны: его могут раскрыть одноклассники, преподаватели, соседи или просто знакомые, медицинский персонал, друзья, родители и т.д. Узнав о своем статусе не от родителей или близких для него людей, ребенок может ощутить очень сильные негативные эмоции, вызванные чувством обиды, шоком от скрытой правды, страха из-за отсутствия информации. Кроме того, отношение окружающих к ВИЧ-инфекции, реакция тех людей, которые сообщили ребенку о его ВИЧ-

статусе, могут усугубить эти переживания. Ребенок может не понимать, почему он вдруг оказался в ситуации изоляции, почему с ним перестали общаться или начали навешивать различные «ярлыки».

По мнению практиков, страх родителей относительно случайного раскрытия ВИЧ-статуса ребенку заставляет применять стратегии поведения, которые, на их взгляд, помогут этого избежать. Обычно они могут сказать ребенку следующее: «Ребята злые, они тебе завидуют, потому что ты умнее», «Доктор ничего в этом не понимает, не слушай его», «Не переживай, все так говорят» и т.д. Для специалистов это должно означать, что родители не готовы взять ответственность за открытие ВИЧ-статуса ребенку, поскольку считают, что причины их проблем — в других людях. Бывают случаи, когда родители, ощущая собственную беспомощность, видят угрозу нарушения их «легенд» в самих специалистах. В таких случаях они могут обвинять специалистов в намерениях открыть «тайну» ребенку без согласия родителей. Известны случаи, когда родители даже угрожали специалистам. В такой ситуации следует быть спокойными и внимательными, не провоцировать родителей на конфликт или недоверие, а пытаться создать атмосферу доброжелательности и взаимоуважения.

**Миф 4: «У ребенка начнется депрессия».** По мнению практиков, детскую депрессию родители очень часто воспринимают весьма своеобразно, описывая ее проявления как ощущение тоски, подавленности, внезапное ухудшение настроения, вплоть до слез. Однако родителям следует знать, что подобные реакции не всегда являются проявлениями депрессии. Тоска и подавленность являются естественной реакцией для любого человека, который узнал о плохом известии или внезапно заболел. Ребенок должен пережить и осознать то, что у него особенное состояние здоровья и что ему следует начать воспринимать себя таким, каким она/он есть в действительности.

Специалистам, работающим с родителями, стоит рассказать им о том, что одной из причин депрессии у детей является отсутствие достаточного внимания со стороны родителей и общения с ними. Дети очень сильно ощущают недостаток общения или эмоциональное, сознательное или бессознательное, пренебрежение со стороны родителей. Социальные или экономические изменения в семье часто приводят к ухудшению общения взрослых с детьми. Кроме того, родителям следует знать, что в случае сложной ситуации они всегда могут рассчитывать на помощь психолога, социального работника и врача.

**Миф 5: «Ребенок может покончить с собой».** Обычно все родители говорят, что они очень переживают и волнуются о том, как именно ребен-

нок отреагирует на раскрытие ему ВИЧ-статуса: «А если он попытается покончить жизнь самоубийством?», «А если он сделает что-то безрассудное?» и т.д. Родители забывают, что такие мысли являются лишь их собственными страхами, поскольку они могут воспринимать подобный выход из ситуации как такой, который имеет место в социуме. Многолетний опыт специалистов свидетельствует о том, что зачастую такие предположения не имеют реальных подтверждений в ходе анализа и наблюдения за поведением и эмоциональными реакциями ребенка.

Нужно объяснить родителям: если ребенок узнает о своем ВИЧ-статусе именно от них и ощутит их дружескую поддержку, он будет чувствовать себя намного безопаснее среди близких людей, сможет задавать любые вопросы и получать на них ответы. В таком случае у ребенка просто не будет необходимости «убегать» от ситуации и находиться в состоянии постоянного стресса.

Специалистам, которые консультируют родителей с такими переживаниями, следует иметь в виду, что за этими гипотетическими предположениями возможных катастрофических последствий для семьи и их ребенка на самом деле стоит очень сильный страх родителей перед необходимостью раскрыть ребенку его ВИЧ-статус.

Подобные аргументы родители используют для затягивания или блокирования процесса раскрытия ВИЧ-статуса своему ребенку. Поэтому специалистам в разговоре с родителями надлежит:

- проанализировать ситуацию и обсудить ее, чтобы определить, существуют ли реальные мотивы и основания бояться детского суицида в конкретной семье;
- узнать, как раньше ребенок реагировал на плохие новости;
- выяснить, что еще мешает родителям, кроме уже указанных предположений и страхов, начать процесс раскрытия ВИЧ-статуса.

**Миф 6: «Ребенок расскажет об этом всем знакомым».** Страх родителей относительно возможного разглашения ребенком своего ВИЧ-статуса имеет определенные основания, поскольку в детском возрасте отношение к тайнам является скорее игрой, нежели реальным пониманием возможных последствий своих действий и реакции со стороны социального окружения. Поэтому родители стараются избегать проявлений стигмы и дискриминации не только по отношению к ребенку, но и к собственной семье.

В процессе подготовки родителей к принятию решения о раскрытии ВИЧ-статуса ребенку специалисты должны рассказать им о том, что разговор с ребенком нужно хорошо спланировать с учетом его возраста, уровня развития, состояния здоровья и отношений в семье, чтобы быть уверенными в том, что ребенок сможет понять информацию о ВИЧ-инфекции, своем



ВИЧ-статусе и особенностях поддержания своего здоровья. Родители также должны убедиться в том, что ребенок их понял, правильно осознал полученную информацию и в случае необходимости сможет обращаться к ним с вопросами, которые его волнуют или остались не понятными.

Следует проинформировать родителей, что дети, которые стремятся получить ответы на возникшие вопросы, уже психологически готовы услышать информацию о своем ВИЧ-статусе и будут пытаться получить ее от других лиц в случае их игнорирования. Если же родители не будут уходить от вопросов, отвечать четко и понятно для ребенка, то у него не возникнет потребность искать ответ у посторонних лиц. Вместе с тем еще на этапе подготовки ребенка к раскрытию статуса родителям нужно проверить, умеет ли он/она хранить тайны или секреты. Существует ряд практических задач и упражнений для детей, которые помогут родителям объяснить своим детям, что некоторая информация касается исключительно их семьи, поэтому об этом не стоит рассказывать окружающим. Помочь родителям сформировать у ребенка понимание приватности семейной информации может психолог.

**Миф 7: «Нет смысла говорить ребенку о его ВИЧ-позитивном статусе, пока он не начнет половую жизнь».** Чрезвычайно важно, чтобы к моменту начала половых отношений ребенок знал о своем ВИЧ-статусе. Оптимальный возраст для раскрытия статуса ребенку – 7–11 лет. В этом возрасте ребенок способен осмыслить информацию об особенностях своего здоровья, задать родителям и специалистам все вопросы, возникающие в процессе жизнедеятельности, адаптироваться и «войти» в подростковый возраст с четким представлением о собственных индивидуальных особенностях и потребностях. Подростковый возраст – сложный период жизни как для родителей, так и для самого подростка. В этот период происходит становление его характера и формирование ценностных ориентаций. Если время начала половых отношений совпадет с моментом раскрытия диагноза ребенку, то его реакция и психологические последствия раскрытия ВИЧ-положительного статуса могут быть непредсказуемыми. Информация, которую подросток получит, неизбежно повлияет на его представление о себе, на отношения с родителями и окружением. Если к этому времени у него сложился определенный портрет собственной личности, понимание потребностей, индивидуальных качеств и особенностей, то сейчас все это претерпит необратимые изменения и потери.

Опыт специалистов, работавших с подростками в возрасте от 12 до 17 лет с целью раскрытия их ВИЧ-статуса, свидетельствует, что они значительно сложнее переживают этот процесс, чем дети в возрасте 7–11 лет. У большинства из

них после раскрытия ВИЧ-статуса наблюдалась низкая приверженность к антиретровирусной терапии, возникали затяжные депрессии, сложные отношения и конфликты с родителями. Основной причиной такой реакции было непонимание, почему родители и врачи долгое время не говорили им правду.

Кроме того, возникает вопрос: «Всегда ли родители знают о том, что ребенок уже начал половые отношения?». Поэтому не стоит откладывать разговор к моменту начала подростком половой жизни.

**Миф 8: «Ребенок обвинит нас в том, что мы его заразили».** Опыт раскрытия статуса свидетельствует о том, что дети зачастую знают или догадываются о своем ВИЧ-статусе, в то время как родители в основном ничего не знают об этих подозрениях детей. Существует немало случаев, когда дети думают, что родителям неизвестно об их болезни, и делают все возможное, чтобы защитить родителей от такой новости. Они очень сильно переживают из-за отсутствия информации о своей болезни и необходимости скрывать это от родителей, поскольку, по их мнению, это будет травмировать родителей. В условиях доверия и любви в семье, открытости родителей и готовности их отвечать на все вопросы детей они быстро поймут ситуацию и адаптируются к ней. Главное – сделать это вовремя, хорошо подготовившись к разговору с ребенком, и быть готовым отвечать просто и открыто на его вопросы.

Родителям следует помнить, что любовь детей к родителям бескорыстна, ребенок любит своих родителей не за что-то, а лишь потому, что они – его родители или очень близкие ему люди.

**Миф 9: «Ребенок откажется принимать АРВ-терапию».** Практика поэтапного процесса раскрытия ВИЧ-положительного статуса детям свидетельствует о том, что мотивация к приему антиретровирусной терапии, наоборот, возрастает, после того как ребенку объяснят, по какой причине он должен ее принимать, какова основная цель и что происходит, если не делать это регулярно.

Владея информацией, дети чувствуют себя «внутри процесса», к которому раньше их не допускали. Теперь они осознают, что несут часть ответственности за собственное здоровье и, в большинстве случаев, готовы к лечению, понимая его значение. Любая ответственность для ребенка – это доверие к нему со стороны взрослых, ощущение, что родители относятся к нему как к равноправному члену семьи. Именно поэтому родителям нужно говорить с ребенком о лекарствах, о необходимых медицинских процедурах, объяснять их цель и позитивные последствия. Родители, которые уже раскрыли своим детям статус, отмечают, что после того как им стало известно о совместном с родителями

ВИЧ-статусе, дети проявляют заботу о родителях, поддерживают их, напоминают о времени приема лекарств и т.д.

В целом, раскрытие ВИЧ-положительного статуса ребенку является крайне важным событием в жизни семьи, равно как и поворотным моментом в семейной истории. Бесспорно, это сложная задача, которая требует серьезной подготовки и принятия соответствующего решения. Поэтому в начале этого пути родители должны прислушиваться к собственным страхам и беспокойствам, научиться свободно выражать собственные чувства и эмоции. Для этого нужно время, эмоциональная поддержка семьи и профессиональная помощь психолога, социального работника или врача.

**Мультидисциплинарный подход в процессе раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку.** Раскрытие ВИЧ-положительного статуса ребенку или кому-либо из членов семьи требует работы мультидисциплинарной команды (далее МДК), в состав которой входят разнопрофильные специалисты в соответствии с потребностями конкретной семьи. Такая мультидисциплинарная команда может работать одновременно с несколькими семьями, поэтому работу с отдельной семьей называют «мультидисциплинарным ведением случая» или просто «ведением случая».

Мультидисциплинарное ведение случая – это комплекс мероприятий, который осуществляется единой командой специалистов по разным дисциплинам в тесном взаимодействии для решения ряда заданий с целью улучшения качества жизни клиента.

Для максимально эффективной работы в команде специалистов должно быть избрано лицо, ответственное за осуществление контроля работы по ведению случая. Ведущий случая является ответственным лицом за действия команды, необходимые в рамках оказания услуг клиенту, в данном случае – семье, которые, в свою очередь, должны быть результативными. Вся команда вовлечена в процесс комплексной оценки и выполнения плана оказания услуг, предварительно согласованного с родителями ребенка, которые активно участвуют в процессе раскрытия ВИЧ-статуса, и со всеми членами команды. Ведущий случая координирует усилия всех специалистов, контролирует соответствие их действий запланированным мероприятиям, осуществляет оценку достигнутых результатов, сравнивая их с целями, поставленными в начале работы.

Мультидисциплинарный подход в работе с семьями до сих пор считается инновационным методом социальной работы на всем постсоветском пространстве, тогда как в США и в большинстве стран Европы уже давно доказаны на практике успешность и эффективность мультидисциплинарного подхода в работе с клиентами. Традиционная же для Украины модель имеет су-

щественные отличия, поскольку предусматривает самостоятельное обращение клиента к различным специалистам, каждый из которых оказывает помощь в своей области, исходя из собственных профессиональных приоритетов, и не включает активного поиска клиентов, мотивирования их к изменению поведения или командной работы специалистов. Отличительными чертами мультидисциплинарного ведения случая, по сравнению с традиционными подходами, являются:

- Приоритет интересов и потребностей клиента.
- Активное мотивирование клиента к изменению поведения и «формированию запроса» на получение необходимой помощи, т.е. мотивирование родителей к принятию решения относительно раскрытия ВИЧ-статуса ребенка.
- Комплексный подход к случаю, когда все проблемы и потребности клиента рассматриваются в контексте его/ее социального окружения.
- Координация работы различных специалистов (психолога, социального работника, врача-инфекциониста и других).

Метод мультидисциплинарного ведения случая апробирован в международной практике, признан эффективным и экономически целесообразным в работе с наиболее уязвимыми целевыми группами.

**Взаимодействие в команде и «Путь клиента».** В центре системы оказания социально-психологических услуг всегда находится клиент. Клиентами процесса раскрытия ВИЧ-статуса является семья, а именно родители и ВИЧ-положительный ребенок. Вокруг них – целая команда специалистов разного профиля, которые предоставляют соответствующие услуги. Одним из факторов, влияющих на результативность работы над конкретным случаем, является эффективная коммуникация между всеми членами мультидисциплинарной команды. Обмен информацией относительно собранных или новых данных о клиенте, совместное планирование оказания услуг клиенту и непосредственно практические действия в рамках процесса раскрытия ВИЧ-статуса ребенка, которые осуществляют отдельные члены команды, объединяют специалистов и способствуют более эффективному взаимодействию. В условиях привлечения каждого члена команды к ведению случая нужно, чтобы все они владели одинаковой и полной информацией, были способны своевременно сообщить другим членам команды об изменениях, происходящих в семье и отдельно с ребенком, чтобы принять совместное решение относительно изменений в плане предоставления услуг. Постоянный обмен информацией между членами команды помогает избежать ситуации, когда разные члены команды предоставляют одни и те же услуги либо имеют планы работы с клиентом, которые не согласованы с другими.

При первом обращении или в процессе получения социально-психологических услуг клиент проходит условный путь от специалиста общего профиля к специалисту МДК. Например, первую встречу с семьей может провести социальный работник, далее по результатам обсуждения перенаправить родителей на консультацию к психологу, который предоставит родителям больше информации о процессе раскрытия ВИЧ-статуса ребенка. Такой путь специалисты называют «путем клиента».

«Путь клиента» – это условный «путь», который проходит семья от специалиста к специалисту в процессе получения услуг в рамках раскрытия ВИЧ-статуса ребенка. Для мультидисциплинарной команды «путь клиента» – это разработанная членами команды схема переадресации клиента в рамках самой мультидисциплинарной команды в процессе раскрытия ВИЧ-статуса. Специалисты команды условно можно определить как составные части маршрута, который должен пройти клиент с целью удовлетворения собственных потребностей или решения конкретных проблем (см. схему ниже).

В каждом конкретном случае «путь клиента» в процессе получения социально-психологических услуг будет отличаться в зависимости от ситуации (которую нужно решить), количества членов мультидисциплинарной команды (привлеченных к работе со случаем) и их профиля, а также совместно разработанного плана предоставления услуг клиенту. Создание карты «пути клиента» поможет всем членам команды спла-

нировать работу с клиентом и увидеть возможные недостатки в спланированной работе. Важно чтобы ведущий случая ознакомил клиента с совместным планом действий или показал схематически, каким образом он будет получать необходимую информацию о запланированных мероприятиях. В таком случае клиент будет иметь четкое представление обо всем, что происходит в процессе предоставления услуг, чувствовать свою причастность к этому процессу.

Путь конкретного клиента разрабатывается в соответствии с целями, определяемыми при формировании плана действий членами мультидисциплинарной команды, задачей которых является максимально качественно предоставить социально-психологические услуги клиенту. Составить индивидуальный план клиента специалистам МДК помогут, в частности, ответы на следующие вопросы:

- Кто передал информацию о случае клиента?
- Кто собирает первичные данные о ситуации клиента?
- Кому поступает собранная информация о клиенте и его проблемной ситуации?
- Каким образом эти сведения будут использованы и с какой целью?
- Кого из специалистов следует привлечь к ведению случая клиента?

С профессиональной точки зрения разработка индивидуального «пути клиента» в процессе получения им социально-психологичес-

Схематически «путь клиента»



ких услуг является обязательным элементом работы с клиентами, поскольку:

- отвечает потребностям клиента;
- позволяет убедиться, что команда в состоянии удовлетворить потребности клиента и предоставить услуги, в которых он нуждается;
- дает возможность вести случай клиента более эффективно;
- способствует четкому разграничению функций и полномочий всех членов мультидисциплинарной команды;
- помогает оценить уровень коммуникации между всеми членами мультидисциплинарной команды;
- дает возможность выяснить, была ли получена от клиента вся подробная и полная информация о случае и передана команде для ведения случая;
- позволяет перенаправить клиента к специалисту, работающему в рамках команды или вне ее, который сможет наилучшим образом удовлетворить потребности клиента;
- позволяет избегать ситуаций предоставления одинаковых услуг различными специалистами в случае несогласованности их действий, например, когда социальный работник и психолог проводят консультации клиента на одинаковые темы;
- способствует минимизации количества клиентов, утраченных в результате неэффективной работы команды или реализации разработанного для клиента плана, который в действительности не соответствовал его потребностям.

Эффективность использования метода ведения случая зависит от наличия:

- точного инструментария, который используют все члены команды с целью информирования друг друга о совершенных действиях, полученной новой или дополнительной информации и достигнутых результатах;
- эффективных процедур, которые бы могли обеспечить получение такой информации всеми членами команды и оценку полученных результатов.

Существуют различные виды инструментария, который можно использовать для командной работы. Среди основных:

- Карточка клиента (содержит общие сведения о клиенте, его семейном, экономическом положении, описание проблемы, с которой обратился клиент, его запрос или ожидания).
- План социально-психологического сопровождения клиента.
- Карточка услуг, предоставляемых клиенту.
- Перечень проведенных консультаций.

Важно, чтобы все члены команды умели пользоваться таким инструментарием и обеспечивали непрерывность процесса обновления данных относительно результатов, достигнутых в каждом конкретном случае.

К процедурам, связанным с работой в команде, следует отнести:

- а) определение места хранения карточки работы с клиентом и доступа к ней;
- б) проведение еженедельных встреч команды;
- в) обсуждение во время еженедельных встреч полным составом команды отдельного случая, с которым работает команда, возникших трудностей и достигнутых результатов.

Такие встречи дают возможность осуществлять мониторинг разработанного плана социально-психологического сопровождения клиентов и получать обратную связь от других членов мультидисциплинарной команды относительно работы со случаем.

**Состав мультидисциплинарной команды в процессе раскрытия ВИЧ-статуса ребенка.** Мультидисциплинарная команда, работающая с семьями по раскрытию ВИЧ-статуса ребенку, должна состоять из специалистов, которые способны оказывать комплексную поддержку всем членам семьи, вовлеченным в этот процесс.

В обязательный состав команды, участвующей в процессе раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку, входят следующие специалисты: врач (детский инфекционист или педиатр СПИД-центра); социальный работник; психолог.

**Врач.** Поскольку проблема ВИЧ-статуса в семье больше связана с медицинскими аспектами, в состав команды обязательно должен быть привлечен врач, наблюдающий ребенка в конкретной семье. Врач является лицом, владеющим полной информацией о состоянии здоровья ребенка, и принимает медицинские решения, от которых оно зависит. Мнение врача является авторитетным для большинства родителей и детей, поскольку именно он назначает лечение ребенка. По этой причине врач имеет влияние на мнение родителей. Кроме того, в случае ВИЧ-инфекции пациенты (ВИЧ-инфицированные взрослые и дети) вынуждены регулярно посещать врача, общаться с ним, узнавая об изменениях, которые происходят в состоянии их здоровья. А это, в свою очередь, означает, что врач — единственный член мультидисциплинарной команды, которого люди, живущие с ВИЧ, не могут избежать либо игнорировать, в отличие от психолога или социального работника. Врач, полностью поддерживающий идею раскрытия ВИЧ-положительного статуса детям, будет постоянно аргументированно говорить об этом родителям, влияя тем самым на их отношение к этому процессу.

Следует отметить, что врачи, которые лечат ВИЧ-позитивных детей, часто становятся заложниками ситуаций, оказываясь между родителями, скрывающими реальный диагноз от ребенка, и необходимостью обеспечить эффективное лечение.

Между тем возможность говорить с ребенком и родителями откровенно, без намеков и боязни случайно раскрыть статус ребенку, дает врачу возможность предоставлять полную информацию о состоянии здоровья, о схемах лечения и определенных необходимых медицинских манипуляциях, т.е. может сделать его работу более эффективной.

Наряду с этим врачи могут испытывать недовольство результатами работы с пациентами, иметь проявления «профессионального выгорания» вследствие того, что вынуждены скрывать правду от детей относительно их болезни. Врачи также бывают недовольны результатами лечения пациентов из-за невозможности, например, объяснить важность АРВ-терапии ребенку, родители которого не отвечают ему на вопрос: «Сколько еще будет длиться лечение?» и т.д.

Именно из-за стремления сделать собственный вклад в сохранение здоровья и жизни пациента более весомым, врачам важно, чтобы дети знали и понимали особенности заболевания, которое у них есть. В таком случае врачи не тратят силы на подбор «правильных» слов для объяснений или во избежание случайного раскрытия статуса ребенку, в поддержку ложных легенд родителей относительно болезни ребенка, на необходимость давать ложные или неполные ответы на вопросы детей, а могут полностью уделить свое внимание и время пациенту. Таким образом, уровень удовлетворения от собственной работы и качества предоставляемых медицинских услуг растет не только у врача, но и у пациента, который их получил.

**Социальный работник.** Роль социального работника в процессе раскрытия ВИЧ-позитивного статуса ребенку значительна и важна. Социальный работник – это профессионально подготовленный к такой деятельности человек, который вместе с другими членами команды способен осуществлять комплексную оценку случаев, разрабатывать оптимальный совместный план предоставления семье медико-социально-психологических услуг. Он также может выступать ведущим случая, то есть координировать действия и услуги, предоставляемые клиентам всеми членами мультидисциплинарной команды. Кроме того, социальный работник имеет опыт консультирования клиентов и может проводить как короткие интервью с целью сбора дополнительных данных, так и полноценные длительные консультации с родителями, опекунами, родственниками ребенка и самим ребенком.

Социальный работник должен обладать базовыми навыками консультирования, поскольку они необходимы в процессе подготовки ребенка и родителей к раскрытию статуса. Он может посещать семью дома, где родители и ребенок чувствуют себя более свободно, чем в организации, которую представляет социальный работник. Во время таких консультаций у него

есть возможность наблюдать за взаимоотношениями в семье, за поведением ребенка или родителей, которые в иной ситуации менее заметны. Эта информация крайне важна для психолога, ведущего продолжительную работу как с ребенком, так и с родителями.

В случае если родители приходят в организацию вместе с ребенком, социальный работник и психолог врозь проводят консультирование или определенную работу отдельно с ребенком и отдельно с родителями. Это дает возможность, во-первых, не давать скучать ребенку или его родителям, а во-вторых, каждую минуту, которую они проводят в организации, нужно использовать для достижения поставленных перед семьей целей. Итак, социальный работник является чрезвычайно важным членом команды, работающим совместно с родителями для достижения цели по раскрытию ВИЧ-положительного статуса ребенку.

**Психолог.** Раскрытие ребенку его ВИЧ-статуса – достаточно сложный процесс, предусматривающий обязательное включение в состав команды, которая с ним работает, психолога-консультанта. Именно он располагает необходимыми знаниями, навыками и практическим опытом работы с ВИЧ-позитивными семьями и детьми, в частности по предоставлению долгосрочных психологических услуг.

Психолог выполняет важную роль в команде, поскольку не только предоставляет консультации детям в процессе раскрытия их статуса, но и консультирует родителей и близкое окружение семьи. В его работе важно уметь оперировать различными техниками и приемами в зависимости от своей специализации и с учетом индивидуальных особенностей клиентов.

Психолог, как член мультидисциплинарной команды, может вести конкретный случай (осуществлять комплексную оценку случая и потребностей всех членов семьи), разрабатывать совместно со всеми членами команды долгосрочный план предоставления социально-психологических услуг конкретной семье, осуществлять постоянный мониторинг и контроль по выполнению плана и достигнутых результатов.

Следует отметить, что мультидисциплинарные команды могут отличаться по составу специалистов, поскольку всегда зависят от конкретного случая. Однако психолог и социальный работник остаются специалистами, которых в обязательном порядке нужно включить в состав команды. В более сложных ситуациях, когда необходимо комплексное и длительное ведение, формируется соответствующая команда специалистов, которая сможет удовлетворить потребности клиента. Например, в команду может быть привлечен психиатр или психотерапевт. Отбор членов команды специалистом, инициирующим ее создание, может осуществляться по нескольким критериям: практический опыт, со-

ответствующая профессиональная подготовка, место проживания специалиста (в случае необходимости посещать клиента дома) и другими.

В целом, роль команды состоит в комплексном оценивании ведения случая с целью разработки вместе с родителями долгосрочного плана предоставления социально-психологических услуг в рамках процесса раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку. Таким образом, долгосрочный план предоставления социально-психологических услуг клиенту предусматривает, что каждый специалист, вовлеченный в мультидисциплинарную команду, будет выполнять некоторые действия в срок, определенный планом, и следить за достижением конкретных результатов, в частности раскрытие ребенку его ВИЧ-статуса. В командной работе важен не только высокий профессиональный уровень каждого специалиста, но и уровень взаимной совместимости специалистов между собой и по характеру и особенностям работы с клиентами, а следовательно, направленность всех членов команды на слаженную совместную работу ради достижения поставленной цели.

**Этапы процесса раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенка.** Раскрытие ВИЧ-положительного статуса ребенку – длительный процесс, главными участниками которого являются ВИЧ-положительный ребенок, его родители и, при необходимости, ближайшее к ребенку окружение: родственники, друзья или другие важные для него люди.

В процессе раскрытия ВИЧ-статуса ребенку специалистам не следует забывать, что родители являются самыми важными для ребенка людьми, которые занимаются им, отвечают за него и состояние его здоровья. Важно помнить, что в данном случае специалисты – лишь посредники в процессе раскрытия ВИЧ-статуса, а их отношения с родителями ребенка должны базироваться на принципах партнерства. Родители должны знать, что принцип сотрудничества не предполагает вмешательства в их семейную жизнь, поскольку речь идет только о подготовке к раскрытию ВИЧ-статуса их ребенку. Поэтому главная цель такого партнерства – создание предпосылок для принятия родителями этого решения осознанно и уверенно.

Раскрытие ВИЧ-положительного статуса ребенку – это процесс сотрудничества специалистов и членов семьи в проведении оценки физического и психического состояния ребенка, его потребностей, а также планирования дальнейшей работы с целью успешной адаптации к новым условиям жизнедеятельности.

Раскрытие статуса не означает просто сообщить ребенку название его болезни. ВИЧ-положительный статус должен быть раскрыт ребенку лицом, с которым он имеет близкие и доверительные отношения, в подходящее для этого время и момент с точки зрения возраста, развития ре-

бенка, жизненной ситуации, состояния здоровья и т.д. Раскрытие ВИЧ-положительного статуса должно быть осуществлено лишь тогда, когда ребенок получил предварительно соответствующую информацию и успешно ее усвоил, что можно проверить с помощью специальных игр, задач и бесед с ребенком.

В общем, процесс раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку имеет определенные последовательные этапы, которые помогают ему понять особенности своего состояния здоровья наименее травматическим способом.

Процесс раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку должен начинаться с этапа оценки конкретного случая, то есть определения состояния семьи и ее жизнедеятельности, учитывая потенциальное раскрытие ВИЧ-статуса.

**Этап 1. Оценивание состояния семьи.** На этом этапе психолог проводит оценку физического и психического состояния ребенка, принимая во внимание следующие основные аспекты.

*Психологический возраст ребенка:*

- оценка психологических характеристик, уровня социальной зрелости ребенка и соответствия возрастным нормам;
- изучение возможностей ребенка относительно его способности понимать медицинскую терминологию и ориентироваться в терминах, которые имеют отношение к ВИЧ-статусу;
- определение возможностей ребенка в плане понимания таких экзистенциальных понятий, как «смерть», «рождение», «смысл жизни» и др.;
- определение уровня понимания ребенком причинно-следственных связей между понятиями «здоровье», «болезнь», «образ жизни» и др.

**Состояние здоровья ребенка.** В процессе работы осуществляется оценка общего состояния здоровья ребенка и его самочувствия. Оценивание состояния здоровья проводит врач вместе с психологом. Опыт многих специалистов свидетельствует о том, что следует избегать раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку, который имеет серьезные последствия оппортунистических заболеваний, то есть состояния его здоровья сложное, тяжелое или критическое, а также тогда, когда ребенок находится на терминальной стадии заболевания.

**Динамика семьи.** При изучении семейной ситуации необходимо выявить события, которые отрицательно влияют или могут повлиять на эмоциональное состояние ребенка, на способность близкого окружения оказать ему поддержку после раскрытия ВИЧ-статуса. Практика специалистов показывает, что следует избегать раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку во время кризисных ситуаций в семье, например таких, как развод, смерть кого-то из членов семьи, переезд, потеря жилья и т.д. Все члены

семьи, включая детей, в таких ситуациях испытывают сильный стресс, что отнюдь не способствует эффективному раскрытию ВИЧ-положительного статуса ребенку.

«Сигналы», полученные от ребенка. Вопросы, которые задает ребенок относительно состояния своего здоровья, лечения, посещений врача и т.д., требуют анализа, поскольку они могут свидетельствовать о готовности ребенка услышать информацию о ВИЧ-инфекции и своем ВИЧ-статусе.

Специалистам следует помнить, что помимо оценки различных аспектов жизнедеятельности ребенка, обязательно должна быть проведена беседа с родителями. Во время беседы психологу или социальному работнику необходимо выяснить, имеют ли родители намерения открыть ВИЧ-статус их ребенку, чем они обосновывают такие намерения, их мотивы, а также уделить внимание изучению характера связей родителей с ребенком. Желательно получить информацию о ближайшем социальном окружении семьи, о друзьях, знакомых и имеющихся ресурсах (человеческих и материальных), которыми может оперировать семья. Все это поможет специалистам спрогнозировать, каким образом после раскрытия ВИЧ-статуса ребенка семья сможет самостоятельно функционировать, и какие формы поддержки необходимы каждому, кто стал (спланированно или случайно) участником процесса раскрытия детского ВИЧ-статуса.

Следовательно, этап оценивания крайне важен, поскольку именно на этом этапе принимается решение о возможности ведения случая командой и определяется дальнейший план работы с семьей с целью раскрытия ВИЧ-статуса ребенку. Оценка семьи и состояния ребенка осуществляется всеми членами команды в зависимости от профиля специалиста, а полученная информация обязательно доводится до сведения основных членов команды, то есть психолога, социального работника и врача. Таким образом, оценка осуществляется комплексно с тщательным изучением основных аспектов жизни семьи.

## **Этап 2. Подготовка к раскрытию ВИЧ-статуса.**

Следующим после этапа оценивания является этап подготовки к раскрытию ребенку его ВИЧ-положительного статуса. На этой стадии необходимо сделать обязательные шаги, которые помогут ребенку и его родителям подготовиться непосредственно к процессу раскрытия ВИЧ-статуса.

- Команда, которая работает с семьей, должна составить план с целью раскрытия ВИЧ-статуса, по которому будет происходить последовательная работа с родителями и их ребенком. План должен основываться на полученной ранее от ребенка и родителей информации

и включать все необходимые меры, методы и формы работы с семьей, чтобы раскрытие ВИЧ-положительного статуса произошло в наиболее благоприятной для ребенка форме.

- В план работы с семьей следует включить конкретные действия, направленные на подготовку родителей и ребенка к раскрытию его ВИЧ-положительного статуса. Кроме того, план должен обязательно учитывать индивидуальные особенности и потребности ребенка. Тщательно разработанный план предоставления услуг семье в процессе раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку позволяет увидеть наличие позитивной динамики или же оценивать происходящие изменения и, в случае необходимости, изменять план в процессе работы, если это необходимо для достижения поставленной цели, то есть раскрытия родителями ВИЧ-положительного статуса ребенку.

- Консультирование родителей с целью подготовки их к ключевому разговору с ребенком о его ВИЧ-статусе. И хотя мы отмечаем тот факт, что в центре процесса раскрытия ВИЧ-статуса находится ребенок, на практике основная работа специалистов направлена на родителей. Родители как лица, ответственные за развитие и воспитание своего ребенка, должны решить, каким образом лучше раскрыть ему статус и определить тот образ жизни, который следует вести, чтобы оставаться активным и не иметь проблем с состоянием здоровья. Важно, чтобы родители приняли это решение сознательно, без давления со стороны специалистов. Как отмечалось ранее, родители испытывают много страхов и сомнений по поводу раскрытия ВИЧ-статуса ребенку, поскольку желают защитить его от сложных личностных переживаний и проявлений стигмы и дискриминации со стороны социального окружения. Именно поэтому консультирование родителей и является основным в процессе оказания профессиональной социально-психологической поддержки родителям, которые решили начать процесс раскрытия ВИЧ-положительного статуса их ребенку.

- Подготовка ребенка к сообщению о его ВИЧ-статусе. Это последовательный и одновременно творческий процесс, поскольку дети в возрасте от 7 до 11 лет воспринимают новую информацию о себе спокойно и естественно. Задачей этого этапа является проведение ряда встреч с ребенком и последовательное предоставление ему общей информации о понятии здоровья и его особенностях, об основах гигиены и основах сохранения и укрепления здоровья и т.д. В зависимости от уровня знаний ребенка, как в целом о понятии здоровья, так и о своем собственном, специалисты составляют индивидуальный план подготовки ребенка к получению информации о ВИЧ-инфекции и его позитивном статусе.

- Для формирования в семье доброжелательной атмосферы проводятся семейные консультации. Они также направлены на повышение

ние эмоциональных связей родителей с ребенком через совместную деятельность, специальные упражнения на развитие и поддержку доверия, тактильный контакт и т. д. Такие встречи проводит психолог или социальный работник отдельно для конкретной семьи. На встречи приходят те члены семьи, которые участвуют в подготовке к раскрытию ВИЧ-положительного статуса ребенку, и непосредственно сам ребенок. Семейные консультации должны проводиться столько раз, сколько этого требует семья, и пока они сами или психолог не увидят, что взаимоотношения родителей с ребенком улучшились. В среднем родителям потребуется не менее 10 консультаций. Желательно сочетать их со специальными курсами для родителей, где они могут повысить свою родительскую компетенцию и навыки.

- Из опыта работы специалистов известно, что одним из эффективных видов подготовки для родителей может быть посещение групп взаимопомощи для родителей, которые намерены рассказать своему ребенку о его ВИЧ-статусе. Такие группы могут посещать как родители, только готовящиеся к раскрытию, так и родители, которые сомневаются и еще не приняли решение вообще. Желательно, чтобы лидерами таких групп были те, кто уже раскрыл ВИЧ-статус своим детям и готов поделиться опытом с другими родителями.

В целом этот этап – самый длинный среди всех остальных в процессе раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку. Его продолжительность является сугубо индивидуальной и зависит прежде всего от готовности родителей и ребенка к началу диалога.

**Этап 3. Раскрытие ВИЧ-положительного статуса ребенку.** Сообщение ребенку о его ВИЧ-статусе может произойти в любой момент привычного ритма жизни семьи. Чаще всего дети сами начинают задавать вопросы родителям относительно лекарств, медицинских манипуляций либо просто о своем здоровье. Родителям, которые готовились к этому вместе со специалистами и моделировали ситуации раскрытия ВИЧ-статуса, уже гораздо легче начать отвечать на вопросы ребенка. Если раньше родители избегали вопросов ребенка, то теперь они могут давать понятные для детей ответы. Большинство подготовленных родителей используют момент, когда ребенок снова начинает задавать вопросы о врачах, лекарствах и т.п., для разговора с ребенком о его ВИЧ-статусе.

Команде специалистов следует поощрять родителей к самостоятельному разговору с ребенком о его ВИЧ-статусе. Раскрытие должно быть осуществлено родителями или опекунами, как ближайшими для ребенка людьми. И только в случаях, когда это невозможно по каким-то объективным причинам (например, опекуном ребенка является бабушка, которая может серьез-

но переживать в момент вопросов, или же ребенок – воспитанник интерната), разговор с ребенком могут проводить члены мультидисциплинарной команды, но в присутствии взрослых (родителей/опекунов/директора интерната) по их предварительному согласию.

Впрочем, в обоих случаях сообщение ребенку о его ВИЧ-статусе должно быть совершенно тем, кого ребенок хорошо знает и кому доверяет, в безопасном и знакомом месте, без присутствия посторонних лиц.

Человек, который будет проводить беседу с ребенком (либо это родители, либо кто-то из членов мультидисциплинарной команды), должен сообщить, что готов ответить на любые вопросы, возникающие у ребенка. То есть ребенок должен почувствовать, что в дальнейшем он не останется наедине со своими переживаниями, страхами и вопросами, и что после процесса раскрытия ничего особенного с ним не произойдет: родители не перестанут его любить, родные и друзья будут по-прежнему с ним общаться, а все остальные знакомые не изменят своего привычного отношения.

**Этап 4. Поддержка семьи после раскрытия ВИЧ-статуса ребенку.** Главная цель специалистов на этом этапе – наблюдение за эмоциональным состоянием и взаимоотношениями в семье после раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку и оказание родителям или самому ребенку психологической поддержки в случае необходимости. Ребенок должен осмыслить информацию, которую ему предоставили в процессе раскрытия, получить ответы на все свои вопросы, усвоить новые знания, чтобы сопоставить с уже существующими представлениями о себе. Для этого требуется время и поддержка родителей и специалистов, способных оказать социально-психологическую и медицинскую помощь или проводить консультации с родителями.

Важно чтобы родители сохранили открытые, доброжелательные отношения с ребенком и после того, как он узнает о своем ВИЧ-статусе. Доверие к родителям или другим взрослым крайне необходимо для ребенка, особенно, когда у него возникнет потребность поговорить на эту тему, высказать свои сомнения, страхи, сообщить о боли и других симптомах, которые могут время от времени появляться.

Бывают случаи, когда ребенок после раскрытия своего ВИЧ-статуса становится более закрытым даже с родителями. Может быть и наоборот, когда сами родители после разговора с ребенком снова почувствуют непреодолимое чувство вины перед ним. Именно в таких случаях требуется помощь специалистов на этапе поддержки семьи. Впрочем, практический опыт специалистов свидетельствует о том, что если оценка ситуации и подготовка родителей к процессу раскрытия ВИЧ-статуса ребенку были проведены качественно, то серьезных проблем



на этом этапе не возникает. Нужно помочь семье найти способ и далее спокойно выражать собственные позитивные или негативные эмоции, переживания, страхи.

На этапе поддержки кроме индивидуальной работы (с каждым членом семьи) можно проводить и групповую работу. Например, создавать группы взаимопомощи родителей, которые уже прошли процесс раскрытия ВИЧ-статуса своему ребенку. А для детей это могут быть творческие мастерские, кружки, театральные студии или занятия, то есть любая творческая деятельность, которая поможет им проявлять себя и быть успешными. Главное для них в этой ситуации — ощущать, что рядом друзья, которые тоже знают о своем ВИЧ-статусе и ведут подобный образ жизни.

Роль специалистов на этом этапе — оказывать различные виды поддержки для семьи, которая уже сообщила своему ребенку о его ВИЧ-статусе.

**Роль специалистов мультидисциплинарной команды на всех этапах раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку.** На всех этапах раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенку мультидисциплинарная команда вместе с родителями является основной движущей силой этого процесса. На каждом этапе каждый член команды имеет свои специфические задачи и цели работы.

**Этап I. Оценивание состояния семьи.** Этот этап следует сосредоточить на оценке жизненных ситуаций и потребностей ребенка. Обычно, когда встает вопрос о раскрытии ребенку его ВИЧ-положительного статуса, как правило, в это время существует круг специалистов, с которыми семья уже сотрудничала. В таком случае оценивание состояния семьи и ребенка может происходить значительно быстрее, поскольку специалисты имеют в своем распоряжении определенные данные о семье и ее предыдущих жизненных ситуациях.

В целом такое оценивание предусматривает изучение следующих аспектов жизни ребенка и его семьи:

- Состояние здоровья ребенка — анамнез болезни и жизни, прогнозы относительно развития заболевания в контексте влияния на здоровье ребенка и т.п.
- Анализ развития ребенка — индивидуальные физиологические и психологические особенности развития, важные события в жизни ребенка и т.п.
- Изучение уровня знаний ребенка о своей болезни или состоянии здоровья. Осуществляется психологом или социальным работником в свободной беседе с ребенком на тему «Я и мое здоровье» и т.д.
- Изучение общего отношения ребенка к болезням и заболеваниям, ограничениям, связанным с состоянием здоровья. Может происхо-

дить посредством свободной беседы с ребенком или же, например, ролевой игры, где ребенок может играть роль больного медвежонка, которому мама или врачи запрещают определенные вещи из-за состояния здоровья. В процессе игры психолог фиксирует высказывания ребенка о болезни, отношении к ситуации, эмоции и переживания.

- Изучение и оценивание реакции ребенка в кризисных ситуациях: важно знать и прогнозировать реакцию ребенка на стрессовые события с целью управления ситуацией после раскрытия ребенку его ВИЧ-статуса.

- Изучение отношения родителей/опекунов или другого близкого окружения к раскрытию ВИЧ-статуса ребенка. С помощью заранее подготовленных вопросов психолог в беседе с родителями или опекунами изучает их представление о возможности раскрытия ребенку ВИЧ-статуса, в том числе ожидания, страхи, которые, по их мнению, могут как помогать, так и мешать в процессе раскрытия.

Иногда на этапе раскрытия ВИЧ-статуса приходится работать только с одним из родителей, который в наибольшей степени занимается вопросами ухода за ребенком. Как показывает практика, в большинстве случаев это мама или бабушка.

Поскольку родители являются важным источником информации для ребенка, то создание доброжелательных, доверительных отношений в семье — важнейшая задача для специалистов. Для родителей, оказавшихся в сложной ситуации, действенными могут быть примеры и личный опыт других родителей, которые уже решили подобную задачу. Бывает, что мнение или практический опыт некоторых родителей оказываются более значимыми, чем аргументы со стороны специалистов. Именно поэтому специалистам нужно контактировать с родителями, которые готовы поделиться своим опытом о процессе раскрытия ВИЧ-статуса ребенку с другими родителями.

## **Этап II. Подготовка к раскрытию ВИЧ-статуса.**

Этот этап начинается только после того, как родители или опекуны дали согласие на начало работы по раскрытию ВИЧ-статуса своему ребенку. В общем, ответственность за работу с семьей распределяется между психологом и социальным работником.

### *Функции психолога:*

- Осуществлять консультативные встречи с ребенком.
- Содействовать созданию условий для открытого общения родителей с ребенком на совместных консультациях и встречах.
- Проводить планирование дальнейших шагов по раскрытию статуса ребенку на основе накопленной информации о семье в целом, от-

дельно — о родителях и ребенке, а также сведений, полученных от социального работника или других специалистов.

*Функции социального работника:*

- Проводить диагностику эмоционального состояния родителей и фиксировать изменения отношения к начатому процессу раскрытия статуса ребенку.

- Рассказывать родителям об уже достигнутых результатах, о возможных рисках в конкретный момент времени либо на том или ином этапе раскрытия.

- Обращать внимание на события, происходящие в семье, которые, в свою очередь, могут повлиять на процесс раскрытия статуса.

- Обладать информацией о состоянии здоровья ребенка или его изменениях.

*Функции врача:*

- Информировать других специалистов команды о состоянии здоровья ребенка и обо всех новых назначениях относительно лечения.

- Предоставлять консультации родителям по всем интересующим их медицинским вопросам в контексте раскрытия ВИЧ-статуса ребенка.

- Оказывать необходимую консультативную помощь другим специалистам команды по медицинским вопросам, касающимся раскрытия статуса.

Следует помнить, что порой даже незначительные события в жизни семьи или ребенка могут вызвать определенную эмоциональную реакцию ребенка, что может повлиять на процесс раскрытия статуса. Например, положительную, когда ребенку позволили завести дома кошку или собаку, либо отрицательную, когда его товарищ переехал жить в другой город (из-за чего он грустный).

Родителям необходима профессиональная поддержка со стороны специалистов, чтобы справиться с возможными эмоциональными или поведенческими реакциями ребенка после раскрытия ВИЧ-статуса. Подготовленные родители лучше понимают причины изменения в настроении и поведении ребенка и сами более эмоционально устойчивы и способны контролировать собственное поведение.

Итак, на этом этапе социальный работник и психолог тесно взаимодействуют между собой, а на основе собранной информации принимают решение о дальнейших шагах в процессе раскрытия ВИЧ-статуса ребенку. Возможен вариант, когда оба специалиста могут работать отдельно с родителями и с ребенком в одно и то же время. Речь идет о том, что если психологу необходимо поработать с ребенком наедине, отдельно от родителей, социальный работник может тем временем проводить беседу или консультацию с родителями.

**Этап III. Раскрытие ВИЧ-положительного статуса ребенку.** Опыт разных специалистов свидетельствует о том, что в большинстве случаев дети уже знают свой диагноз, а раскрытие является лишь подтверждением информации, которой ребенок владел до этого момента. Но в любой ситуации важно, чтобы эта информация была правильной, корректной, правдивой, а после раскрытия статуса ребенок и впредь получал необходимую поддержку.

Психолог должен следить за эмоциональной и поведенческой реакцией ребенка на сообщение о его ВИЧ-статусе и на другую связанную с этим информацию и, в случае необходимости, вмешаться, чтобы предоставить необходимую помощь. В свою очередь, социальный работник наблюдает за реакцией родителей и при необходимости оказывает поддержку до и после раскрытия ВИЧ-статуса ребенку.

**Этап IV. Поддержка семьи после раскрытия ВИЧ-статуса ребенку.** Этот этап нацелен на мониторинг раскрытия статуса либо на наблюдение за процессом адаптации в период после раскрытия ВИЧ-статуса ребенку, поскольку после сообщения ребенку о его ВИЧ-статусе он должен осознать, принять и адаптировать новые знания к уже существующей системе знаний о себе.

Таким образом, основные задачи психолога на этом этапе:

- помочь ребенку разобраться с необходимой информацией о его статусе;

- дать ответ на все вопросы, которые его интересуют (в том числе и на те, которые не связаны с ВИЧ-статусом);

- содействовать осознанию и позитивному восприятию разносторонней информации;

- способствовать развитию навыков самоконтроля за приемом лекарств;

- помочь формированию у ребенка позиции относительно того, можно ли говорить другим о своем статусе.

Этап поддержки после раскрытия статуса является таким же продолжительным, как и этап подготовки. Поэтому специфические потребности каждого ребенка, которому был раскрыт статус, должны определяться индивидуально с учетом особенностей ребенка в процессе адаптации к новой информации о себе.

Социальный работник продолжает сотрудничать с родителями, оказывая им поддержку в случае необходимости. Основные задачи социального работника на этом этапе:

- оказывать поддержку и способствовать налаживанию отношений между родителями и детьми;

- осуществлять подготовку родителей к формированию у ребенка знаний и навыков относительно своего ВИЧ-положительного статуса.

*Продолжение следует*

**ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ «ШАГИ»**

**8 800 200 5555**



**НА ЛИНИИ ДЕЖУРЯТ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ  
КОНСУЛЬТАНТЫ**

**ВСЕ ЗВОНКИ БЕСПЛАТНЫ**

**МЫ ЗНАЕМ, КАК С ЭТИМ ЖИТЬ**

# ТЕНОФОВИР

*Российский препарат для лечения ВИЧ-инфекции,  
как наивных пациентов, так и пациентов  
с опытом лечения*

*Благоприятный профиль безопасности*

*Эффективное подавление вируса и низкая  
мутагенность*



РУ ЛП - 002419

Перед назначением препарата следует ознакомиться с полной версией инструкции

ОАО «Фармасинтез», Россия

Более подробную информацию можно получить по адресу:  
Россия, 664040, г. Иркутск, ул. Р.Люксембург 184  
тел.: (3952) 55-03-55, факс: (3952) 55-03-25

664007, г. Иркутск, ул. Красногвардейская, д. 23, оф. 3  
для писем: 664040, а/я 17  
тел.: (3952) 55-03-55, 55-03-20, факс: (3952) 55-03-25  
e-mail: info@pharmasintez.com