



МСМ

НА ПРИЁМЕ У ВРАЧА



В своей работе Вы можете рекомендовать своим пациентам сайт www.parniplus.ru

Материалы на сайте ориентированы на гомосексуальных мужчин. Главная задача портала - предоставить информацию о сексуальном здоровье и жизни с ВИЧ.

Основные разделы сайта: жизнь с ВИЧ, профилактика, сексуальное здоровье.

На сайте пациенты могут получить он-лайн консультацию, задав вопрос психологу, равному консультанту, врачу-инфекционисту, специалисту по работе с алкогольной и наркотической зависимостью.

Также ВИЧ-положительные пациенты смогут скачать две брошюры в разделе «Библиотека»:



Мне нужно кое-что тебе сказать. Я ВИЧ-положительный.

10 советов о том, как сказать о своем статусе



Секс. Такой же, как и раньше

Основная аудитория брошюры – гомо- и бисексуальные мужчины с ВИЧ. Издание также будет полезным как для ВИЧ-отрицательных партнеров в дискордантных гомосексуальных парах, так и для специалистов, работающих в общественных и государственных службах поддержки для людей с ВИЧ. Наша 80-ти страничная иллюстрированная брошюра направлена на решение вопросов, связанных с кризисом при обнаружении ВИЧ, и должна помочь разобраться с вопросами защиты сексуального здоровья.

МСМ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ПАЦИЕНТАМИ

Автор: Сабунаева М.Л., кандидат психологических наук

Аннотация: Данная брошюра предназначена для врачей и клинических психологов, работающих с МСМ-пациентами на базе СПИД-центров и других медицинских учреждений. В ней приводятся психологические рекомендации по выстраиванию конструктивного взаимодействия между врачом и МСМ-пациентом, рассматриваются основные психологические трудности и пути их преодоления в работе с МСМ-пациентами, анализируются особенности работы с ВИЧ-позитивными МСМ.

ОТ РЕДАКТОРА:

Диагноз «ВИЧ-инфекция» приводит к большому количеству сложностей как в жизни людей с ВИЧ, так и у их близких. Хотя в России создано большое количество служб, где люди, затронутые эпидемией СПИДа, могут получить поддержку и помощь, по сей день остаются «закрытые» темы, в области которых специалисты поддерживающих служб из-за табуированности не могут оказывать качественную поддержку. Одной из таких тем является сексуальная жизнь людей с ВИЧ в общем и гомосексуальных мужчин с ВИЧ в частности. Мы надеемся что данные рекомендации помогут глубже познакомиться с этой непростой темой

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	7
Раздел 1.	
Основная терминология.....	9
Раздел 2.	
Психологические вопросы взаимодействия врача и МСМ-пациента.....	11
В чем психологическая проблема взаимодействия врача с МСМ-пациентом?.....	11
Какое поведение врача может травмировать МСМ-пациента?.....	15
Как врач может поддержать контакт с МСМ-пациентом?.....	15
Важно (по Карагополовой И.В.).....	15
Что еще может предпринять врач для обеспечения возможности обсудить сексуальные практики с МСМ?.....	16
Раздел 3.	
Некоторые медицинские рекомендации из практики работы с МСМ.....	16
Данные исследования.....	17
Общие медицинские рекомендации по работе с МСМ.....	17
Раздел 4.	
Работа с ВИЧ-положительными МСМ.....	21
Причины, ограничивающие профилактическую работу среди МСМ.....	23
Основные положения о профилактике ВИЧ среди МСМ.....	24
Потребности ВИЧ-положительных МСМ.....	25
Позитивная профилактика среди МСМ.....	26
Принципы работы по позитивной профилактике.....	28
Уровни интервенции в позитивной профилактике.....	28
Направление и перенаправление ВИЧ-положительных МСМ в ВИЧ-сервисные и ЛГБТ-организации.....	29
«Как сказать о своем ВИЧ-статусе партнеру?».....	31
Заключение	33
Приложение 1 Методические рекомендации по проведению психологического семинара для врачей на тему «Взаимодействие с МСМ-пациентом».....	35
Приложение 2 Специфика предоставления антиретровирусной терапии (АРВТ) для МСМ, врач-инфекционист, к. м. н. Екатерина Юрьевна Степанова.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Здравствуйтесь, уважаемый врач!

Вы держите в руках брошюру, которая разрабатывалась вам в помощь. MSM (мужчины, практикующие секс с мужчинами) – узкая, труднодоступная группа, про представителей которой имеется очень немного достоверной информации. В итоге практически каждому врачу, сталкивающемуся с MSM, приходится формировать свои представления о данной группе, имея минимум проверенных данных. В то же время объективные представления об MSM очень важны в эпидемиологическом плане – и в первую очередь, в контексте профилактики ВИЧ. По данным исследований, в странах с низким и средним уровнем доходов **вероятность иметь ВИЧ среди MSM в 19 раз выше**, чем среди населения в целом¹. Но поскольку группа MSM является «мостиковой», то вирус не остается внутри группы, а передается в общую популяцию. В связи с этим проблематика MSM в медицине является значимой с точки зрения национального здоровья в целом.

Наличествуется целый ряд факторов, делающих группу MSM особенно уязвимой в отношении заражения ВИЧ: от физиологических особенностей сексуальных практик - до социокультурных факторов, связанных с «невидимостью», закрытостью, неприятием данной социальной группы в обществе. К сожалению, сегодня в Российской Федерации и на постсоветском пространстве активно принимаются законы, дискриминирующие людей по признаку сексуальной ориентации и заставляющие MSM скрываться от общества. Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ) предупреждает: подобные законы будут опосредованно способствовать распространению ВИЧ².

[1] Цит. по: Виноградова Т.Н., Пантелеева О.В., Дементьева Н.Е., Сизова Н.В., Беляков Н.А. О ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами в российском мегаполисе. Три подхода в изучении проблемы (обобщение собственных исследований) // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. Научно-рецензируемый журнал. 2014. Т.6. № 3. С.95-104.

[2] Стратегический план Евразийской коалиции по мужскому здоровью (2011-2016).

В связи с этим особую значимость приобретает компетентность врачей в области медицинских и социально-психологических вопросов работы с МСМ. Знание специфических потребностей такой группы, как МСМ в услугах здравоохранения, понимание механизмов распространения инфекции внутри отдельных групп и между группами должны помочь выстроить программу профилактики, учитывающую всю массу эпидемиологических факторов. И особенно важно «не потерять» МСМ в программах профилактики ВИЧ: «Хотя эпидемиологические и поведенческие исследования отдают бесспорный приоритет МСМ, живущим с ВИЧ, как на национальном, так и на глобальном уровне, потребности МСМ часто игнорируются в дискуссиях о программах и услугах, что выражается в молчании, отрицании или открытом исключении. На глобальном уровне только 1,2 % средств, выделяемых на ВИЧ-сервисные услуги, предназначаются на работу с МСМ. Кроме того, только один из двадцати МСМ в мире получает доступ к услугам профилактики, помощи и лечения, в которых они нуждаются»³.

В данной брошюре содержится несколько разделов:

В первом из них будет кратко представлена основная терминология в области вопросов МСМ.

Во втором разделе анализируются психологические вопросы взаимодействия МСМ с врачами и медицинским персоналом, даются психологические рекомендации по взаимодействию с пациентами.

В третьем разделе приведены некоторые медицинские рекомендации для специалистов, работающих с МСМ.

Четвертый раздел посвящен вопросам профилактики ВИЧ среди МСМ.

В приложении 1 представлены методические рекомендации по проведению психологического семинара для врачей на тему «Взаимодействие с МСМ-пациентом», которые могут быть использованы психологами СПИД-центров.

В приложении 2 вы найдете подготовленную специально для данной брошюры статью врача-инфекциониста, кандидата медицинских наук Е.Ю. Степановой «Специфика предоставления антиретровирусной терапии (АРВТ) для МСМ», в которой делается особый акцент на вопросе приверженности терапии.

[3] Защита сексуального и репродуктивного здоровья и прав мужчин, имеющих секс с мужчинами и живущих с ВИЧ. Брифинговый документ Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ, 2010. С.6.

РАЗДЕЛ 1. ОСНОВНАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

Разобраться в терминах – исключительно важная задача, особенно когда ряд терминов обозначает какие-то схожие феномены. В нашей книге используется ряд определений из Руководства ЮНЭЙДС⁴ по терминологии. ЮНЭЙДС подчеркивает: «Язык формирует представления и может влиять на поведение»⁵.

Термин МСМ – (аббревиатура: «**Мужчины, практикующие Секс с Мужчи-нами**») обозначает мужчин-гомосексуалов, бисексуалов и гетеросексуалов, практикующих секс с мужчинами:

- а) добровольно вследствие своих сексуальных предпочтений или экспериментов;
- б) либо вынуждено ввиду изоляции от женщин или по принуждению.

Термин используется с целью уменьшения стигматизации этой группы мужчин путем акцентирования поведения, которое влечет за собой риск инфицирования ВИЧ, а не самоидентификации мужчины в контексте сексуальной ориентации.

Сексуальная ориентация - это компонент человеческой сексуальности, отражающий более или менее постоянное эмоционально-чувственное и сексуально-эротическое влечение индивида к представителям определённого пола. На сегодняшний день выделяют три основных типа сексуальной ори-

[4] ЮНЭЙДС (UNAIDS) - объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (англ. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) – объединение организаций ООН, созданное для всесторонней, скоординированной борьбы в глобальном масштабе с эпидемией ВИЧ и СПИДа и ее последствиями.

[5] Руководство ЮНЭЙДС по терминологии. – 2011. С.4.

ентации⁶: гетеросексуальная, бисексуальная, гомосексуальная. Имея разную степень представленности в популяции, они, тем не менее, являются равно нормальными.

Гомосексуальность обычно определяют как форму сексуальности, характеризующуюся направленностью сексуально-эротического и эмоционального влечения на представителей того же пола, без желания менять собственный пол.

Гей – этот термин может обозначать сексуальное влечение к лицам того же пола, сексуальное поведение, предполагающее отношения с представителями того же пола, и культурную самоидентификацию с представителями того же пола⁷. Рекомендуется использовать термин MSM за исключением случаев, когда отдельные лица или группы сами отождествляют себя с геями (в этом случае возможно употребление обоих терминов).

Об употреблении терминов

Рекомендуется исключить из обихода термин «гомосексуалист», так как он несет на себе отпечаток патологического содержания, будучи созвучным наименованиям «фетишист», «эксгибиционист» и т.п.

Бисексуальность подразумевает форму сексуальности, характеризующуюся направленностью сексуально-эротического и эмоционального влечения на представителей обоих полов. При этом подобная направленность может быть как равно сильной по отношению к мужчинам и женщинам, так и более сильной к какому-то одному полу. В нашем контексте также рекомендуется использовать термин MSM кроме тех случаев, когда отдельные лица или группы сами идентифицируют себя как «бисексуалы» (в этом случае также возможно употребление обоих терминов).

ЛГБТ – аббревиатура, расшифровывающаяся как Лесбиянки-Геи-Бисексуалы-Трансгендеры. Часто употребляется при назывании круга организаций, чья деятельность направлена на оказание разных видов помощи и защиту прав гомосексуалов, бисексуалов и трансгендеров: ЛГБТ-организации. В ряде случаев возможно направление пациентов в такие организации за получением специализированной помощи.

ЛЖВ – аббревиатура, «Люди, Живущие с ВИЧ»

[6] Сексуальная ориентация // Сайт Американской Психиатрической Ассоциации Healthy Minds. Healthy lives. <http://www.healthyminds.org>

[7] Руководство ЮНЭЙДС по терминологии. – 2011. С.13.

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И МСМ-ПАЦИЕНТА

В чем состоит психологическая проблема взаимодействия врача с МСМ-пациентом?

«В обществе, где быть лесбиянкой или геем значит постоянно подвергаться унижениям и дискриминации, не всякий (из них – М.С.) решится обратиться за помощью...».

Фраза психотерапевта Ф.Уолли

Историческая справка о депатологизации гомосексуальности

Первой осуществила депатологизацию гомосексуальности Американская психиатрическая ассоциация 15 декабря 1973 года было проведено голосование в президиуме АПА. Из 15 его членов 13 высказались за исключение гомосексуальности из списка заболеваний. Гомосексуальность исключают из второго издания справочника DSM-II, и однополое лечение перестает классифицироваться в США как психическое расстройство. Впоследствии АПА также осуждает репаративную терапию («конверсионную», «переориентирующую») – подход, направленный на «исправление» гомосексуальной ориентации, применяющий различные методы для «замены» у пациента гомосексуальной ориентации на гетеросексуальную.

В 1993 году Всемирная организация здравоохранения пересматривает Международную классификацию болезней, и в МКБ-10 сексуальная ориентация сама по себе перестает рассматриваться как расстройство. В 1995 году эту позицию принимает Япония, в 2001 – Китай. В России психиатрия официально переходит на МКБ-10 в 1999 году. Хотя декриминализация⁸ гомосексуальности, т.е. исключение ее из ряда преступных деяний, происходит в России в 1993 году, до 1999 года сохраняется некая лагуна, когда гомосексуальность уже не является преступлением, но все еще может трактоваться как заболевание.

В 2015 году, в момент написания этой разработки, МКБ-10 является официально действующей.

Врач, как и любой другой человек, является носителем определенного набора социальных стереотипов, установок, предубеждений. Это следствие того, что каждый из нас социализировался в рамках именно данной культуры и данного общества, обладающих своим набором правил. Как мы указали выше в исторической справке, в России депатологизация гомосексуальности началась только 15 лет назад. Но человеческая психика далеко не всегда успевает меняться с той скоростью, с которой происходят социальные изменения, и память о том, что гомосексуальность являлась патологией, часто способствует сохранению негативного отношения к МСМ.

Для определения подобного феномена существует понятие «стигма» - (от древнегреческого – клеймо на теле раба или преступника) – социальный ярлык, который определяет целую группу людей как носителей нежелательного качества и способствует предвзятому отношению к представителям этой группы. В итоге у представителей такой группы, в данном случае – МСМ, формируется **внутренняя стигма** – самоощущение, что они действительно ущербны и не заслуживают хорошего отношения, не могут ни на что повлиять; страх плохого отношения к себе, страх дискриминации, ущемления в правах.

В связи с наличием внешней и внутренней стигмы, приходя к врачу, МСМ вынуждены решать: **открывать им особенности своей сексуальной жизни или нет**, поймет ли врач ситуацию правильно или оценит, опираясь на гомофоб-

[8] Декриминализация – термин, обозначающий, что какой-либо феномен перестает рассматриваться как повод для уголовного преследования. До 1993 года гомосексуальность рассматривалась в СССР и России как криминальный феномен. В 1933 году в СССР опубликовано Постановление ВЦИК, в 1934 ставшее законом, согласно которому «мужеложство» на многие годы закрепляется как уголовное преступление (до этого времени законодательство разным образом рассматривало гомосексуальность, называя ее то преступлением, то уголовно не наказуемой болезнью). По статье 121 Уголовного кодекса РСФСР в 1930-х - 1980-х годах ежегодно осуждались и отправлялись в тюрьмы около 1000 мужчин, и только с конца 1980-х годов их количество стало уменьшаться вплоть до 1993 года, когда происходит отмена статьи 121.1, наказывающей за гомосексуальность в принципе.

ные⁹ стереотипы. При этом для ряда врачей данные о сексуальных практиках пациента могут стать основной медицинской информацией. Укрытие же информации может значительно усложнить диагностику и назначение адекватного лечения.

Приведем данные **опроса ВИЧ-положительных МСМ** о постановке на учет и проведении врачом эпидемиологического расследования, которое должно проводиться при регистрации каждого нового случая (2014 год). Опрос включил в себя 37 респондентов, ВИЧ-положительных МСМ возрастом от 17 до 47 лет, состоящих на учете в различных регионах РФ, преимущественно в Москве и Санкт-Петербурге.

- ✓ 30 респондентов из 37 (81%) отмечают, что с ними беседовал врач-эпидемиолог при постановке на учет.
- ✓ Из них 75% указывают, что им были заданы вопросы о сексуальной ориентации. Ответы респондентов на данные вопросы имели разную степень правдивости: от полного отрицания своих МСМ-практик (7 человек или 19,5%) до более или менее полного представления информации в остальных случаях.
- ✓ 26 респондентов описали обстоятельства беседы (формулировка вопроса: «Опишите свои обстоятельства этой беседы --- что вы чувствовали тогда? как вёл себя врач?»). Можно выделить несколько вариантов поведения врача:

а) **Корректное, поддерживающее** поведение – вызывало у пациентов чувство доверия, способствовало снятию психического напряжения (11 случаев из 26). Примеры отзывов МСМ-пациентов: «Я был очень смущен. Врач старался быть дружелюбным», «Беседа прошла спокойно. Провоцирующих вопросов врач не задавал. Рекомендовал, на кого обратить внимание в качестве источника заражения», «Состояние шоковое. Беседа с врачом доверительная, с поддержкой психологической», «Врач вела себя корректно, толерантно, с пониманием». Даже в этих случаях многие МСМ-пациенты отмечают, что сами вопросы о сексуальной ориентации были для них дискомфортны и неприятны, ощущалось вторжение в личную жизнь (тем не менее, дискомфорт был компенсирован корректным отношением врача, и пациенты могли его выдержать).

б) **Нейтральное поведение** врача: незаинтересованное, но без негатива – не

[9] **Гомофобия** - негативное отношение к гомосексуальности, зафиксированное в виде культурных схем и социальных установок, нормативов, стереотипов. Включает любые негативные чувства (страх, гнев, ненависть, раздражение, тревога, боязнь контакта), которые возникают у людей по отношению к гомосексуалам. Обычно гомофобия иррациональна, связана с недостатком информации или ложной информацией о гомосексуалах.

давало пациенту поддержки, но и не травмировало его дополнительно (5 случаев из 26). Примеры: «Полное непонимание происходящего, паника, опустошение, стыд. Врач только спрашивал, записывал. И говорил, что обо всем расскажет лечащий врач», «Врач спросил об ориентации. Я ответил правду, при этом сама врач никак не отреагировала на это и перешла к другим вопросам (о переливании крови и т.д.)», «врач вел себя равнодушно, просто исполнял свою работу, заводил личное дело и т.д.; мне было все равно на тот момент, потом пришло осознание...».

в) **Негативное поведение** врача, содержащее отрицательные оценки и эмоции, гомофобное либо смущенное – вызывало дискомфорт, недоверие, желание закрыться (4 случая из 26)¹⁰. Примеры из отзывов МСМ-пациентов: «...один врач даже не постеснялся достать библию и начал учить нравственности, что вообще ни в какие ворота не лезет (поэтому доверия таким врачам нет - пусть сами себя лечат!! и потому паника, что геям надо лечиться у гей-врачей (а таких ещё надо поискать))», «Жалость со стороны врача. Врач говорил, что геи - это не мужчины...». Отметим также один вариант, когда МСМ-пациент считал, что в целом врач вел себя корректно, но проводил опрос «открыто и при посторонних», что было для пациента травматично.

Специалист по работе с МСМ Ирина Карагополова также отмечает **ряд причин, по которым МСМ не склонны обращаться за медицинской помощью**¹¹:

- ✓ они боятся разглашения их сексуальной ориентации;
- ✓ опасаются получения некачественной помощи, связанной с предубеждением к их ориентации и <...> со стороны медицинских работников;
- ✓ боятся, что могут подвергнуться дискриминации;
- ✓ не хотят услышать в свой адрес неприятные формулировки и насмешливый тон;
- ✓ допускают вероятность того, что получают отказ от гомофобно <...> настроенных медицинских специалистов;
- ✓ опасаются неуместных вопросов, не имеющих отношения к проблеме;
- ✓ потому что уже «обожглись».

Итак, МСМ опасаются открывать информацию о своих сексуальных практиках, потому что боятся негативного отношения к себе.

[10] В остальных 6 случаях ответы пациентов не дают достаточной информации о поведении врача

[11] Карагополова И.В. Доктор, это вам! Медицинским специалистам о ЛГБТ. – Бишкек, 2010. С.7.

Какое поведение врача может травмировать МСМ-пациента?

1. **Неприятие, отвращение, презрение, удивление**, выраженные на словах или мимически: «И что вам с женщинами не спится?» или «Что, вы правда никогда секс с женщиной не пробовали?».
2. **Бытовое любопытство** – проявляется в попытках выяснить, «а почему так», «зачем вам это» или «а чем вам так не нравятся женщины?».
3. **Обвинения**, попытки связать сексуальную ориентацию пациента с фактом инфицирования: «Ну а что вы хотели, если вы спите с мужчинами?»
4. **Морализирование**, попытки «учить жить»: «А вы знаете, что геи вообще безнравственны?»
5. Предложения обратиться к психиатру или другому специалисту для **«излечения неправильной ориентации»**.
6. **Смущение** самого врача при разговоре на тему сексуальной ориентации и сексуальных практик.

Как врач может поддерживать контакт с МСМ-пациентом?

1. Спокойно, безэмоционально реагируйте на полученную информацию. Сохраняйте доброжелательное или нейтральное выражение лица, спокойный тон без насмешки или иронии.
2. Задавайте дополнительные вопросы исключительно по существу, с целью фиксации фактов, а не ради удовлетворения любопытства. Сохраняйте рамки обсуждения конкретных проблем пациента и/или сексуального поведения, не уходя в сторону рассуждений о его сексуальной ориентации.
3. Уточняйте информацию безоценочно. Не морализируйте и не навешивайте ярлыков. Не используйте гомофобных и стигматизирующих формулировок в адрес пациента, будьте корректны в выборе слов.
4. Спокойно осуществляйте необходимые телесные прикосновения к пациенту.
5. Примите тот факт, что некоторые МСМ могут быть готовы к открытости не с первого раза; уважайте желание пациента не отвечать на какие-то из вопросов.

Важно (по Карагополовой И.В.):

- ✓ Постарайтесь, чтобы Ваши убеждения не влияли на профессиональную деятельность. Цвет кожи человека, его религиозные убеждения, про-

фессия, ориентация и гендерная идентичность не должны влиять на качество медицинской помощи.

- ✓ Если Вам все же сложно проявить терпимость, перенаправьте пациента к другому специалисту.
- ✓ Нужно помнить, что если расстройство или пациент с таким расстройством, как Вам кажется, разрушают социальные нормы, или вызывают личную неприязнь, то это не дает право врачу не оказывать пациенту помощь, вести себя с ним некорректно и, тем более, прямо или косвенно навредить ему¹².

Как можно видеть, психологическая основа взаимодействия врача с МСМ-пациентом заключается не в каких-то специальных техниках, а в **готовности принимать и уважать** каждого пациента как личность, учитывая его особенности. Сам факт принятия способствует формированию у пациента открытости во взаимодействии с врачом, снижению чувства тревоги, укреплению мотивации лечения.

Такой подход к МСМ-пациенту будет способствовать **открытому взаимодействию**, где пациент не утаивает проблем, а готов предоставить врачу **реальную картину о состоянии своего здоровья** и связанных с этим вопросах. Также это поможет положить начало решению еще одной значительной проблемы отечественного здравоохранения: многие МСМ так боятся рассказывать о своих сексуальных практиках или своей ориентации, что вообще не обращаются к врачам, и в результате иногда попадают в их руки в запущенном состоянии здоровья.

Что еще может предпринять врач для обеспечения возможности обсудить сексуальные практики с МСМ?

1. При сборе анамнеза вопрос о сексуальности может быть ненавязчиво и спокойно задан **между другими вопросами** о физическом статусе и/или семейном положении. Это позволит пациенту снизить уровень тревожности путем осознания того факта, что такой вопрос является нормальным и просто стоит в одном ряду с вопросами о других данных.

2. Важно разобраться, каковы могут быть **точные формулировки вопросов врача относительно секса с мужчинами**. Возможно, сначала спросить: «Есть ли у вас постоянный сексуальный партнер? Один или несколько?», а затем уже спросить: «Пол вашего нынешнего сексуального партнера/ваших нынешних сексуальных партнеров: мужской, женский, и мужской, и жен-

[12] Карагаполова И.В. Доктор, это вам! Медицинским специалистам о ЛГБТ. – Бишкек, 2010. С.14.

ский?» (на вопросы с вариантами ответа обычно легче отвечать). Возможно задать прямой вопрос о сексуальных практиках: «Практикуете ли вы секс с мужчинами?». Вы также можете добавить вопрос о сексуальной ориентации: «Ваша сексуальная ориентация: гомосексуальная, гетеросексуальная, бисексуальная?». Заметим, что данный вопрос без вопросов о сексуальном поведении малоинформативен: название типа ориентации не является достаточным, чтобы понять, как характеризуется сексуальное поведение пациента на данном этапе. Однако с точки зрения помощи пациенту в формировании здоровой сексуальной идентичности (способности определять себя) этот вопрос желателен.

Важно! При осмыслении формулировок таких вопросов надо понимать, что в результате они предназначены не только для МСМ-пациентов. Эти вопросы придется задавать всем пациентам, т.к. «вычислить» МСМ по внешности часто совершенно невозможно.

1. Расположите на видном для пациента месте любой **символ или информацию**, которая будет свидетельствовать, что с вами можно говорить об однополом сексе. Это могут быть книги, открытка, стикер, небольшой постер либо с информацией об МСМ, либо просто с распространенной символикой: например, изображением радужного флага – известного символа ЛГБТ. Этот символ является очень хорошим вариантом привлечения внимания МСМ, т.к.:

- ✓ понятен многим МСМ (однако не всем!);
- ✓ не привлекает внимания людей, которые не знают данного символа;
- ✓ является симпатичным и может выглядеть как украшение каких-либо информационных материалов.

РАЗДЕЛ 3. НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ИЗ ПРАКТИКИ РАБОТЫ С МСМ

При работе с МСМ важно учитывать следующие **факторы риска**:

- ✓ стигматизация и культурные нормы – имеют особую силу применительно к МСМ, т.к. мужественность имеет в большинстве культур особую ценность, а однополый секс ей «противоречит», считается «неправильным»; как вы помните, в описанном выше опросе ВИЧ-положительных МСМ-пациентов практически каждый пятый указал, что не раскрыл врачу правды о своих однополых практиках;
- ✓ гомофобия и домогательства на почве сексуальной ориентации являются причинами, провоцирующими стресс, тревогу, депрессию и психические заболевания среди МСМ;
- ✓ высокая степень сексуального риска по отношению к ВИЧ; многие врачи испытывают чувство неловкости в отношении обсуждения сексуального здоровья и ВИЧ с пациентами, что может приводить к недостаточному рассмотрению данных тем;
- ✓ ошибочные убеждения пациентов относительно безопасности некоторых сексуальных практик и заражения ВИЧ – здесь особую значимость получает сексуальное просвещение;
- ✓ анальный рак – МСМ подвержены риску заражения вирусом папилломы человека, повышающим риск анального рака; у МСМ, практикующих

- анальный секс, также повышен риск анальных повреждений слизистой;
- ✓ депрессия – МСМ в большей степени подвержены депрессиям и тревогам, чем гетеросексуальная часть населения (в силу рассмотренных выше социальных и психологических причин).

Данные исследований

В исследовании потребностей гомосексуальных и бисексуальных респондентов обоего пола, проведенном Российской ЛГБТ-сетью¹³, выявлены значительные цифры, описывающие опыт переживания физического и психологического насилия в связи с сексуальной ориентацией (18,7% и 33,8% соответственно), чрезвычайно высокие показатели переживания депрессивных состояний и возникновения суицидальных мыслей (82,4% и 63% соответственно), а также попыток суицида, в т.ч. неоднократных (24,3%).

- ✓ гепатиты А, В и С – МСМ подвержены повышенному риску заражения;
- ✓ Карагополова И.В. добавляет¹⁴, что некоторые МСМ также подвержены высокому риску заражения гастроинтестинальными инфекциями (амебиаз, шигеллез, криптоспоридоз) в связи с использованием специфических сексуальных практик (риминг, фингеринг, использование сексуальных игрушек и т.п.).

Общие медицинские рекомендации по работе с МСМ

- ✓ обращайтесь особое внимание на вопрос здорового образа жизни, наличие зависимости от алкоголя, наркотиков, табака, инициируйте обсуждение с пациентом эти вопросы и давайте ему рекомендации – в т.ч. по посещению других специалистов, в частности, врача-нарколога, психотерапевта;
- ✓ учитывайте степень повышенного риска передачи ВИЧ и ИППП и возможность наличия ошибочных представлений о них; будьте готовы разговаривать на языке сексуального просвещения, помогать пациенту в оценке сексуальных рисков и их предотвращении;
- ✓ включайте оценку сексуальных рисков в плановые медицинские обследования; пусть пациенты также знают, что этот вопрос является частью планового обсуждения;

[13] Потребности лесбиянок, геев, бисексуалов и бисексуалов в Российской Федерации. Результаты исследования, проведенного в 2010 г. в Архангельске, Петрозаводске, Санкт-Петербурге, Тюмени (в печати).

[14] Карагополова И.В. Доктор, это вам! Медицинским специалистам о ЛГБТ. – Бишкек, 2010

- ✓ рекомендуйте МСМ, ведущим активную половую жизнь, вакцинацию против гепатитов А и В;
- ✓ оценивайте наличие у МСМ-пациентов депрессивных и тревожных расстройств, направляйте пациентов на получение психотерапевтических услуг и разъясняйте их необходимость;
- ✓ обсуждайте с МСМ-пациентами их физическое состояние, диету, уровень физической нагрузки, рекомендуйте при необходимости заниматься коррекцией веса и разъясняйте важность данного вопроса;
- ✓ обращайтесь особое внимание на заболевания органов половой сферы, в т.ч. гормональные и онкологические.

РАЗДЕЛ 4. РАБОТА С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ МСМ

В разделе 2 мы рассмотрели понятие стигмы - социального ярлыка, который определяет целую группу людей как носителей нежелательного качества и способствует предвзятому отношению к представителям этой группы – и определили, что наличие стигмы у МСМ затрудняет для них межличностные взаимодействия и способствует ухудшению самооотношения. Еще сложнее выглядит ситуация, когда МСМ является носителем положительного ВИЧ-статуса – дело в том, что сам положительный ВИЧ-статус является также отдельной стигмой. В итоге возникает эффект **двойной стигматизации**: как представителей МСМ и как ВИЧ-позитивных людей. Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ, предупреждает: «Вследствие такой двойной стигмы МСМ, как ВИЧ-положительные, так и ВИЧ-отрицательные, избегают обращения или боятся обращаться за медицинской помощью, включая консультирование и тестирование, лечение, профилактику и поддержку»¹⁵. Учитывая проблемы со стигматизацией, серьезные трудности возникают при попытке осуществить статистический подсчет реальной распространенности ВИЧ среди МСМ. В итоге на сегодня **точное число МСМ, живущих с ВИЧ в России, неизвестно**.

Приведем общую статистику по ВИЧ-инфекции в РФ за 2015 год¹⁶:

- ✓ Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 1 мая 2015 г., составило 933 419 человек.

[15] Защита сексуального и репродуктивного здоровья и прав мужчин, имеющих секс с мужчинами и живущих с ВИЧ. Брифинговый документ Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ, 2010. С.4.

[16] Справка Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИ-Дом «ВИЧ-инфекция в Федерации на 1 ноября 2014 г.» // <http://www.hivruussia.ru/news/index.shtml>

- ✓ Наиболее пораженными ВИЧ в 2014 году были мужчины в возрасте 30–34 лет (данные ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора от 14 мая 2015 года)..
- ✓ Эпидемия ВИЧ-инфекции в России продолжает активно развиваться среди уязвимых групп населения, в том числе и среди мужчин, практикующих секс с мужчинами. В официальных докладах Министерства здравоохранения РФ доля ВИЧ-позитивных лиц, заражение которых было связано с половыми контактами между мужчинами, в 2014 г. составила 1,2 % (2013 г. – 1,0%, 2009 г. – 1,4%). В этот период распространенность ВИЧ-инфекции в группе МСМ в различных городах страны изменялась от 8% до 10%. Так, по данным эпидемиологического надзора Центра СПИД г. Москвы в 2013г. соотношение выявленных случаев ВИЧ среди МСМ ко всем выявленным в течение года достигло 23%.
- ✓ В рамках исследования, проведенного в 2012–2013г. РОО «СПИД инфосвязь» совместно с John Hopkins Bloomberg School of Public Health, среди МСМ (N=567), проживающих в Москве, показатель распространенности ВИЧ среди участников, предоставивших образцы крови (n=378), составил 12.0%

Приведем данные исследователей Санкт-Петербургского центра СПИД по распространенности ВИЧ среди МСМ¹⁷:

- ✓ Согласно оценочным данным в России проживает от 0,75 до 1,5 млн. МСМ, что составляет 2-4% взрослого мужского населения.
- ✓ Доля официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных МСМ от общего числа людей, живущих с ВИЧ, составляет в РФ 1,5%.
- ✓ При этом **на практике**, по мнению авторов, гомосексуальный путь передачи ВИЧ во всей популяции мужчин Санкт-Петербурга соответствует **примерно 1/10 части**.
- ✓ По данным СПб Центра СПИД **выявляемость ВИЧ в группе МСМ превышает общегородской показатель по общей популяции жителей в 9,1 раз (46,5 и 5,1 на 1000 обследованных соответственно)**. Многие МСМ тестируются анонимно, что затрудняет проведение учета заболеваемости, так как эпидемиологический код контингента обследованных присваивается исключительно при желании раскрытия сексуального статуса.

[17] Виноградова Т.Н., Пантелеева О.В., Дементьева Н.Е., Сизова Н.В., Беляков Н.А. О ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами в российском мегаполисе. Три подхода в изучении проблемы (обобщение собственных исследований) // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. Научно-рецензируемый журнал. 2014. Т.6. № 3. С.95-104.

Высока вероятность регистрации МСМ под другими кодами, чаще всего характеризующими только ситуацию, повлекшую проведение исследования (например, больные ИППП, доноры или обследованные по клиническим показаниям). Это не позволяет достоверно оценить пораженность ВИЧ в данной социальной группе и препятствует проведению эффективной профилактики.

- ✓ В течение последних пяти лет по Санкт-Петербургу прослеживается тенденция к увеличению выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ с 2,7% до 4,7%.
- ✓ Исследование, которое было проведено Санкт-Петербургским центром СПИДа совместно с общественными организациями, показало, что среди МСМ города 13,6 % живут с ВИЧ.

В то же время специалисты отмечают, что МСМ – это «мостиковая» группа, способствующая переходу ВИЧ между группами гомо- и гетеросексуалов, так как МСМ также вступают в сексуальные контакты с гетеросексуальными партнерами (мужчинами и женщинами), что способствует передаче ВИЧ в популяции в целом. Так, в Санкт-Петербургском центре СПИД количество бисексуальных контактов среди МСМ по анализу амбулаторных карт составило 25%¹⁸. В декабре 2014 года Роспотребнадзор дал в ответ на запрос агентства «Интерфакс» следующие комментарии¹⁹:

- ✓ эпидемия выходит из уязвимых групп в общую популяцию;
- ✓ все чаще заражаются социально адаптированные люди трудоспособного возраста, не входящие в маргинальные социальные группы;
- ✓ увеличивается доля зараженных женщин;
- ✓ при сохранении текущих темпов роста количество инфицированных к концу 2015 года в стране достигнет 1 миллиона человек.

Причины, ограничивающие профилактическую работу среди МСМ

1. Руководители ВИЧ-сервисных организаций считают, что лишатся государственной поддержки в других проектах, если будут работать с МСМ. Основой таких опасений являются высказывания со стороны религиозных организаций, представителей некоторых политических партий, общественных деятелей и представителей государства, в том числе и сотрудников медицин-

[18] Там же.

[19] http://www.gazeta.ru/science/news/2014/12/01/n_6699057.shtml

ских учреждений. Также руководители НКО²⁰ и СПИД-сервисных организаций могут бояться «общественного порицания».

2. Правительственные структуры нередко противодействуют возможным инициативам от НКО и неформальным группам, готовым работать по профилактике ВИЧ/СПИДа среди МСМ. Практически отсутствуют системные адвокационные действия, направленные на изменение политики РФ в отношении реализации государственных программ профилактики ВИЧ среди МСМ.

3. Неправительственные организации в России считают малозначимой работу с группой МСМ, что следует из анализа докладов UNAIDS/UNDP.

4. Часто сотрудники ВИЧ-сервисных организаций не знают, как работать с МСМ, и/или у них нет доступа к целевым группам. У сотрудников организаций, занимающихся профилактикой ВИЧ-инфекции, а также реализацией программ ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ, могут быть личные предрассудки и иррациональные страхи в отношении МСМ.

5. Сами МСМ неохотно идут на контакт с работниками ВИЧ-сервисных организаций, чему способствует как внешняя, так и внутренняя стигма, а также недоверие, которое испытывают представители МСМ к медицинским работникам. Этому способствовало позднее признание Международной классификации болезней (МКБ) Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в Российской Федерации (1999 год), исключаящее гомосексуальность из ряда психических заболеваний и патологий.

6. Сами МСМ практически не вовлечены в борьбу с распространением эпидемии на уровне своего сообщества.

Основные положения о профилактике ВИЧ среди МСМ

1. На данный момент в РФ наблюдается тяжелая инфекционная обстановка в области распространения ВИЧ. Без работы со всеми группами, уязвимыми перед лицом эпидемии ВИЧ, невозможно остановить ее развитие.

2. Доступ к информации о путях передачи ВИЧ и методах профилактики должен быть равный у всех групп. Однополые сексуальные контакты не могут являться причиной, по которой человеку отказывают в получении информации о путях распространения ВИЧ и полной информации о профилактических мерах, а также об антиретровирусной терапии (АРВТ), лечении, уходе и поддержке в связи с ВИЧ.

3. МСМ – группа, уязвимая для распространения ВИЧ. В связи с этим необходимо вести речь о специализированных программах либо о специали-

[20] НКО – некоммерческая организация. В России и других странах ряд СПИД-сервисных организаций действует в данном секторе

зированном подходе в рамках общих программ профилактики ВИЧ, учитывая особые потребности и характеристики группы МСМ, в том числе ВИЧ-положительных МСМ.

4. Особую роль в профилактике ВИЧ среди МСМ играет направление «позитивной профилактики» - комплекса мероприятий, направленных на предупреждение повторного инфицирования ВИЧ-позитивных лиц вирусом иммунодефицита человека и недопущения распространения ВИЧ-инфекции за пределы группы ВИЧ-позитивных людей.

Потребности ВИЧ-положительных МСМ

Всероссийское общественное объединение людей, живущих с ВИЧ, в 2009 году описало потребности ВИЧ-позитивных ЛГБТ, которые также подходят для ВИЧ-позитивных МСМ:

Потребность 1: Уважительное отношение к потребностям ВИЧ-позитивных ЛГБТ (МСМ).

Потребность 2: Принадлежность к сообществу²¹.

Потребность 3: Равное отношение ко всем участникам неформальных объединений в независимости от сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

Потребность 4: Принятие специалистами ВИЧ-сервисных организаций ВИЧ-позитивных ЛГБТ (МСМ) с учетом их самоопределения.

Потребность 5: Отсутствие дискриминации ВИЧ-позитивных ЛГБТ (МСМ) в государственных коммерческих и некоммерческих учреждениях, которые оказывают услуги для представителей ЛГБТ-сообществ (МСМ-сообществ).

Потребность 6: Получение достоверной информации от специалистов независимо от их взглядов на ЛГБТ (МСМ), знаний и навыков работы с ними.

Потребность 7: Психоэмоциональная поддержка ВИЧ-позитивных ЛГБТ (МСМ) в сложных жизненных ситуациях.

Потребность 8: Доступность для ВИЧ-позитивных ЛГБТ (МСМ) всех существующих ЛГБТ (МСМ) услуг.

Потребность 9: Наличие сервисов для близкого социального окружения.

Потребность 10: Доступность услуг для ВИЧ-позитивных ЛГБТ (МСМ), зависящих от ПАВ и созависимых.

[21] Более важна для людей, идентифицирующих себя с ЛГБТ-сообществом, но также может быть значимой для идентификации с сообществом людей с ВИЧ или микро сообществом - ВИЧ положительных геев.

Потребность 11: Доступность информации о действующих сервисах для ВИЧ-позитивных ЛГБТ (МСМ).

Потребность 12: Поддержка семейных отношений.

Потребность 13: Признание потребностей в сексуальных отношениях.

Потребность 14: Необходимость в правовой защите от гомофобии.

Потребность 15: Декриминализация передачи ВИЧ от человека к человеку.

Позитивная профилактика среди МСМ

«**Позитивная профилактика**» - это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение повторного инфицирования ВИЧ-позитивных лиц вирусом иммунодефицита человека и недопущения распространения ВИЧ-инфекции за пределы группы ВИЧ-позитивных людей.

На сегодняшний день **позитивная профилактика рассматривается как один из самых важных подходов в сдерживании эпидемии ВИЧ-инфекции:** «Изменение рискованного поведения ВИЧ-положительного человека, в среднем, и почти во всех затронутых эпидемией группах населения, имеет гораздо большее влияние на распространение вируса, чем эквивалентное изменение в поведении ВИЧ-отрицательного человека»²².

Отдельными **направлениями по позитивной профилактике** являются:

- ✓ мотивация ВИЧ-позитивных людей к ведению здорового образа жизни и предупреждению среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), поведенческих и сексуальных практик, рискованных с точки зрения реинфицирования вирусом иммунодефицита человека или заражения от них других людей;
- ✓ помощь в получении доступа ВИЧ-положительных лиц к лечению ВИЧ-инфекции/СПИДа;
- ✓ предоставление ВИЧ-положительным лицам всесторонней информации о жизни с ВИЧ;
- ✓ социальная и психологическая поддержка ЛЖВ;
- ✓ влияние на лиц, от которых зависит психоэмоциональное состояние и состояние здоровья людей, живущих с ВИЧ (например, на близкое окружение ЛЖВ, медицинских специалистов, психологов, а также людей, принимающих решения, - политиков и чиновников и т. п.), для улуч-

[22] Кинг Спунер. Профилактика ВИЧ и позитивные популяции. Международный журнал ВИЧ/СПИД 10(3):141-50. 1999 г.

шения услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке для ЛЖВ.

В широком смысле **позитивная профилактика для ВИЧ-положительных МСМ** нацелена на продвижение здоровых отношений с сексуальными партнерами, укрепление психического, физического и сексуального здоровья и благополучия, снижение вероятности передачи ВИЧ-инфекции своим сексуальным партнерам и предотвращение собственного реинфицирования другими штаммами ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем.

Принципы работы по позитивной профилактике²³

1. Взаимная ответственность за профилактику:

Развитие программ профилактики для ВИЧ-позитивных людей не должно приводить к перекладыванию всей ответственности за профилактику или осуждение за новые случаи инфекции на плечи людей с ВИЧ. Целью программ профилактики ВИЧ должна стать культура взаимной ответственности, которая стимулирует коммуникацию и равенство во взаимоотношениях.

2. Сложности в смене поведения – необходимо затрагивать определяющие факторы, связанные со здоровьем:

При проведении профилактической работы необходимо принимать во внимание те сложности, которые лежат в основе смены поведения, в частности: индивидуальный жизненный опыт, индивидуальные перспективы относительно сексуальности и ВИЧ, а также любые социальные, экономические и культуральные условия. Кроме того, необходимо признавать те влияния, которые оказывают стигма и дискриминация на атмосферу в сообществе и процессы принятия решений личностью.

3. Пропаганда здорового образа жизни и снижение риска/вреда:

Принуждение и криминализация не являются решением относительно рискованных практик геев (МСМ)²⁴ с ВИЧ и не должны являться первым ответом на проблему. Такой подход формирует климат, при котором доверительное и честное вовлечение - краеугольный камень эффективной профилактики ВИЧ - становится невозможным. Программы, базирующиеся на пропаганде здоровья и снижении риска/вреда, будут скорее гарантировать активное вовлечение людей и сообществ.

[23] Poz Prevention Definition, Values and Principles. [Developed by the Poz Prevention Working Group and Approved by the Provincial Advisory Body of the Ontario Gay Men's HIV Prevention Strategy. Version: January 25, 2008.

[24] Авторы статьи оперируют термином «геи», однако данная информация полностью применима к МСМ.

4. Раскрытие ВИЧ статуса – пожизненный процесс:

Раскрытие не является волшебным решением проблемы распространения ВИЧ. Нет такой одиночной интервенции или решения, которое будет работать для всех людей во всех обстоятельствах. Раскрытие не гарантирует безопасности. Раскрытие необходимо рассматривать в контексте стигмы и дискриминации; оно может быть как рискованным, так и полезным для людей с ВИЧ. Оказание помощи людям в оценке их готовности к раскрытию и формирование соответствующих навыков – это не означает просто говорить людям, что они должны раскрыться.

5. Сексуальное здоровье и благополучие:

Программы позитивной профилактики лучше всего могут снижать новые случаи ВИЧ-инфекции тогда, когда они гарантируют, что сексуальное здоровье и благополучие ВИЧ-позитивных мужчин-геев (МСМ) находится в основном фокусе работы.

6. В основе действий должны лежать доказательства:

Программы позитивной профилактики должны базироваться на научных доказательствах, должны быть своевременными и адекватными для ВИЧ-позитивных мужчин-геев (МСМ).

7. Программы необходимо оценивать:

Все программы профилактики ВИЧ должны проходить оценку, чтобы убедиться в том, что они имеют запланированные результаты для мужчин-геев (МСМ) с ВИЧ. При проведении оценки должны учитываться как запланированные, так и ненамеренные результаты, которые программы профилактики ВИЧ могут породить. Например, кампании по профилактике ВИЧ могут нести в себе ненамеренный результат, неадекватный для ВИЧ-позитивных мужчин-геев (МСМ), если они не несут в себе посыл для тех, кто уже живет с ВИЧ.

8. Необходимо затрагивать разнообразные потребности:

У мужчин-геев (МСМ) с ВИЧ есть право на участие в программах сексуального здоровья, которые затрагивают их уникальные потребности, при этом необходимо признавать, что ВИЧ-позитивные мужчины-геи (МСМ) являются разнородной группой.

Уровни интервенции в позитивной профилактике

Работа по позитивной профилактике возможна на нескольких уровнях:

1. Групповой уровень

Положительное влияние группы равных, чтобы изменить групповые нормы, поощрение и поддержка ответственного поведения, включая использование презервативов и вопросы раскрытия ВИЧ-статуса своим партнерам. Обычно реализуется в работе помогающих сервисов для МСМ и ЛГБТ, чаще на основе ВИЧ-сервисных организаций (т.к. в центрах СПИД не всегда есть ресурсы для организации подобной групповой работы).

2. Фоновый уровень (уровень окружающих условий)

Создание благоприятной среды, снижение стигмы и дискриминации, доступ к услугам. Должен реализовываться в специализированной подготовке медицинских работников и других специалистов к работе с МСМ, в знакомстве с особыми характеристиками и проблемами данной группы.

3. Индивидуальный уровень

Консультирование, перенаправление/сопровождение в необходимые службы, наличие системы перенаправлений. Длительная индивидуальная работа не всегда возможна на базе центров СПИД, но такую вспомогательную роль могут также играть ВИЧ-сервисные и ЛГБТ-организации, которые предоставляют бесплатную психологическую, юридическую, социальную и иную помощь.

Направление и перенаправление ВИЧ-положительных МСМ в ВИЧ-сервисные и ЛГБТ-организации

ВИЧ-сервисная/СПИД-сервисная организация – обычно некоммерческая организация, целями которой являются профилактика ВИЧ/СПИДа, лечение и/или разные виды поддержки людей, затронутых эпидемией. Большинство ВИЧ-сервисных организаций имеют одним из основных направлений работу с МСМ²⁵.

ЛГБТ-организация – обычно некоммерческая организация, целями которой являются защита прав ЛГБТ, поддержка ЛГБТ в разных сферах жизни (в том числе психологическая, юридическая, социальная), улучшение качества их жизни и др.²⁶

Оба типа организаций обычно предоставляют различные сервисы для МСМ и/или ЛГБТ и могут быть использованы как дополнительные ресурсные центры в помощь медицинским специалистам, работающим в области ВИЧ-проблематики с МСМ. Важным моментом является также тот факт, что

[25] О ВИЧ-сервисных организациях в вашем регионе вы можете узнать в СООО «Феникс ПЛЮС»: www.orelaid.ru, www.parniplus.ru. e-mail: orelaid@gmail.com

[26] Об ЛГБТ-организациях в вашем регионе вы можете узнать в Российской ЛГБТ-сети: www.lgbtnet.ru. e-mail: info@lgbtnet.ru

данные организации обычно имеют доступ к МСМ-группам, которые являются очень закрытыми. С помощью ВИЧ-сервисных и ЛГБТ-организаций можно вовлекать больший процент МСМ в работу по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ. Хорошо, если медицинские работники и сотрудники центров СПИД будут знать, куда именно можно переадресовать МСМ в их регионе.

Что могут предоставить ВИЧ-сервисные и ЛГБТ-организации для МСМ:

1. Первичную и вторичную профилактику ВИЧ, в том числе для особо уязвимых групп (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и др.), в том числе в формате аутрич (работа вне стен организации, в местах встреч представителей профилактируемых групп).

2. Оказание индивидуальной психологической и психотерапевтической помощи специалистами, знакомыми с проблемами стигматизации МСМ и ЛЖВ, а также консультации в формате «равный равному».

3. Групповую психологическую поддержку или другие виды групповых встреч.

4. Специализированную поддержку для партнеров ВИЧ-позитивных МСМ, в том числе для дискордантных пар²⁷.

5. Просветительские мероприятия, отвечающие потребностям аудитории и целям работы организации.

6. Представление интересов ЛЖВ и МСМ, защита прав, юридическая поддержка.

7. Культурные, развлекательные, спортивные мероприятия.

8. Иные направления работы и мероприятия в зависимости от специфики деятельности конкретной организации.

Что могут предоставить ВИЧ-сервисные и ЛГБТ-организации для медицинских специалистов, работающих с МСМ:

1. Специализированную литературу и другие материалы по вопросам ЛГБТ и МСМ.

2. Данные исследований в области проблем ЛГБТ и МСМ.

3. Просветительские мероприятия для медицинских специалистов и их пациентов, экспертную поддержку.

[27] Дискордантная пара – пара, в которой один из партнеров ВИЧ-положительный, а другой – ВИЧ-отрицательный.

4. И, конечно, свою благодарность за работу с этой труднодоступной группой!

«Как сказать о своем ВИЧ-статусе партнеру?»

Поскольку позитивная профилактика направлена на недопущение распространения ВИЧ, то она затрагивает особо сложную тему – обучить ВИЧ-положительных МСМ (в том числе с первично выявленным положительным статусом) говорить о своем статусе сексуальным партнерам. Это тоже может входить в задачи врача, консультирующего ВИЧ-позитивного пациента-МСМ, а также в задачи психолога.

ВИЧ-положительный статус оказывает отрицательное воздействие на социальную и сексуальную жизнь МСМ в дополнение к физическим/медицинским проблемам, связанным с самой ВИЧ-инфекцией. Многие МСМ не открывают свой позитивный статус своим сексуальным партнерам из опасения, что это станет поводом для отказа в сексе.

Есть разные стратегии обращения со своим позитивным ВИЧ-статусом в контексте партнерских отношений:

1. Не раскрывать статус и не вступать в сексуальные отношения - вариант, очень сложный для здорового мужчины. В качестве рекомендации данный вариант не подходит, но может быть избран отдельными вашими пациентами лично.

2. Не раскрывать статус и вступать только в случайные сексуальные отношения – данный вариант выбирается многими ВИЧ-положительными МСМ из страха отвержения (кроме того, такое сексуальное поведение подкрепляется наличием в обществе гомофобии и стигмы МСМ). Врачу в данном случае важно убедиться, что пациент использует средства предохранения (большинство МСМ их действительно использует и не хочет передавать вирус другим людям). Данный вариант сексуальной жизни может практиковаться годами, однако у него есть два осложняющих момента: а) он не позволяет выстроить близких партнерских отношения и лишает человека важного личностного ресурса; б) в случае если отношения с кем-то все-таки разовьются, может быть значительно сложнее признаться в своем статусе (поскольку партнер может чувствовать, что от него скрыли информацию, в которой содержится угроза его жизни и здоровью).

3. Знакомиться с другими ВИЧ-положительными партнерами. Это возможно в местах встреч ВИЧ-положительных МСМ (например, в ВИЧ-сервисных организациях), а также при знакомстве в Интернете, где можно заранее указать свой статус. Для многих ВИЧ-положительных МСМ это является пу-

тем, облегчающим их сексуальную жизнь и установление партнерских отношений.

4. Сообщить о своем ВИЧ-позитивном статусе до или после вступления в сексуальные отношения. В данном случае многое может зависеть от того, сколько времени длится период знакомства. Обычно чем более длительный контакт установлен между партнерами, тем труднее уже видеть только диагноз, не видя человека; отношения же на раннем этапе прервать легче. В то же время длительно хранить секрет, строить отношения и не знать, как в конечном итоге отреагирует партнер – это тоже трудно и напряженно. В связи с этим каждому ВИЧ-положительному МСМ придется принимать решение о том, когда именно открываться партнеру, если речь идет об отношениях не на один день.

Есть еще несколько рекомендаций от самих ВИЧ-положительных МСМ:

- ✓ Не затягивайте с сообщением партнеру о вашем ВИЧ-статусе: затягивание момента сообщения вызывает повышение психического напряжения;
- ✓ Иногда возможно сообщить о ВИЧ-статусе своему партнеру в письменном виде;
- ✓ Будьте готовы к разговору, который последует за вашим сообщением: вам могут быть заданы самые разные, в том числе личные вопросы – решите, до какой степени откровенно вы готовы отвечать; обычно откровенность способствует более близкому контакту, но требует значительных усилий воли;
- ✓ Будьте готовы дать партнеру информацию, объяснить детали о вашем состоянии и о ВИЧ-инфекции в целом;
- ✓ Если поступила негативная реакция, то важно понять, что так реагируют не все люди, и что у данного партнера могут быть свои личные страхи, за которые вы не ответственны;
- ✓ Если поступила негативная реакция, важно получить поддержку от тех людей, кто может вам ее оказать (друзья, другие ВИЧ-позитивные МСМ, психолог и др.);
- ✓ Во многих случаях откровенное признание влечет за собой укрепление контакта и отношений с партнером.

При общении с пациентом важно:

- ✓ оказать психологическую поддержку, признав, что сексуальные отношения являются важной частью жизни, и пациент имеет на них право;
- ✓ обсудить с пациентом не только необходимость постановки партнера в известность о диагнозе, но и возможные тактики того, как это сделать;
- ✓ если пациент настроен на партнерские отношения, поддержать его, дав информацию о существовании дискордантных пар (таких, где один партнер ВИЧ-положительный, а другой ВИЧ-отрицательный);
- ✓ если пациент не настроен на длительные партнерские отношения, признать его право на такой образ жизни и помочь обеспечить безопасность сексуального поведения;
- ✓ при наличии в вашем регионе ВИЧ-сервисной организации или других сервисов для МСМ можно направить пациента туда для обсуждения темы партнерских отношений и открытия статуса (это возможно сделать с психологом, равным консультантом, на группе поддержки и т.п.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уважаемый доктор! Спасибо, что вы ознакомились с этим текстом.

Мы надеемся, что это помогло вам чуть больше узнать о жизни ваших МСМ-пациентов, их трудностях и потребностях. Информация о стигматизации обычно дает возможность глубже понять, почему МСМ-пациенты ведут себя тем или иным образом, как лучше поддержать такого пациента и как оказать ему медицинскую помощь максимально эффективно. Каждый установленный контакт «врач-пациент» является большой ценностью и способствует большей ответственности пациентов по отношению к своему здоровью.

Мы также надеемся, что эпидемию ВИЧ в РФ возможно остановить в максимально сжатые сроки, если взяться за это опытными профессиональными руками. И мы очень надеемся, что вы сможете внести в это ваш личный вклад, в том числе учитывая специфику работы с МСМ-группой и обучая этому следующие поколения специалистов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методические рекомендации по проведению психологического семинара для врачей на тему «Взаимодействие с МСМ-пациентом».

- ✓ Существует ряд принципов, лежащих в основе обучения взрослых людей;
- ✓ Необходимость опираться на уже имеющийся у них опыт;
- ✓ Необходимость учитывать ожидания и запросы участников обучающего мероприятия;
- ✓ Предлагаемый материал должен быть релевантен для конкретной группы;

Практическая ориентированность обучения: «Как я смогу это использовать?»

Эти принципы обуславливают определенный методический подход к разговору об МСМ-пациентах с врачами, у которых уже есть определенный опыт в данной сфере. Мы предлагаем вам ряд **рекомендаций по организации психологического семинара** для врачей СПИД-центров или иных учреждений на тему взаимодействия с МСМ-пациентами.

1. Определите временной интервал вашего мероприятия и количественный состав участников. Рекомендуем вам отвести на мероприятия **не менее трех часов**, чтобы успеть реализовать принципы, изложенные выше: обратиться к опыту участников, дать им возможность высказать свои пожелания, организовать практическое обучение. Можно продумать программу тренинга на целый день и даже несколько дней, но в этом случае рекомендуем вам убедиться, что это не заставит специалистов жертвовать своим личным време-

нем (например, назначив тренинг на выходные, вы можете получить заранее демотивированную группу). Количественный состав прямо связан с отведенным временем, если мы делаем акцент на практической ориентированности мероприятия. Желательно проводить его для группы **не более 10-12 человек**.

2. Начните мероприятие со **структурированного знакомства**, совместив его со сбором запросов. Предложите врачам поделиться уже имеющимся у них опытом работы с МСМ пациентами и определить зоны, где им хотелось бы чему-то научиться или что-то узнать. Если специалист говорит, что он и так все знает, задайте дополнительные вопросы, спросив, о каких аспектах ему было бы интереснее поговорить на вашем мероприятии. Важно давать врачам обратную связь о ценности имеющегося у них опыта, что позволит вам добиться лучшего контакта с аудиторией и дать понять, что вы уважительно относитесь к профессионализму специалистов.

3. Другим вариантом начала мероприятия, задающим творческий и необычный тон и позволяющим настроиться на открытое взаимодействие, может стать **самопрезентация** в форме коллажей. Для организации подготовки коллажа вам понадобится большая стопка глянцевого журнала, листы ватмана или флипчарта, клеящие карандаши, ножницы, маркеры, фломастеры, цветная бумага. Задание желательно задать также в русле тематики мероприятия, например: «Пожалуйста, представьте в форме коллажа ваш опыт работы в целом, в том числе ваш опыт работы с МСМ». Чтобы помочь участникам преодолеть напряжение, вызванное необычностью задания, можно в самом начале дать комментарий о том, что некоторые задания могут показаться странными, но их значение будет понятно по их завершении. Итогом упражнения будет являться презентация своих коллажей (и своего опыта работы) на круг; в процессе презентации можно также уточнять запросы участников на текущее мероприятие. Обычно подобные задания производят раскрепощающий эффект и настраивают участников на более свободный и неформальный лад; также здесь обычно задействуется чувство юмора, что влечет за собой много полезных следствий: снятие напряжения у участников, улучшение контакта с ведущим, освобождение рамок сознания, улучшение настроения (последнее само по себе тоже очень важно для получения эффекта от работы на мероприятии).

4. Вариант с созданием коллажа может быть использован и в основной части мероприятия: например, можно предложить участникам создать коллаж «Как я представляю себе МСМ» (это задание также возможно делать в мини-группах, что может повлечь за собой много интересных обсуждений). В итоговом обсуждении коллажей важно поднять темы стереотипных представлений, стигматизации и их влияния на качество взаимодействия людей.

Для этого можно, например, задать участникам вопрос: «Как будет чувствовать себя МСМ, если увидит данные коллажи?»

5. Основной частью вашего мероприятия может стать **ролевая игра**. Предложите двум специалистам исполнить роли врача и МСМ-пациента. Предварительно для выбора участника на роль пациента дается следующая инструкция: «Пожалуйста, вспомните кого-то из ваших МСМ-пациентов, с кем вам было не очень просто работать». Соответственно, на роль пациента выбирается тот специалист, у которого был подобный опыт. Инструкция: «Сейчас я попрошу вас войти в образ этого пациента и исполнить его роль, забыв на время упражнения, что вы врач-специалист». Выбор на роль врача ничем не ограничен; можно предложить эту роль тому, кто хотел бы получить больше опыта в сфере работы с МСМ. Далее участникам задается тема ролевой игры. Это может быть широкая тема (например, послетестовое консультирование в целом) или более узкая (например, обсуждение с пациентом вопроса о том, как он планирует сообщать о своем ВИЧ-статусе своему партнеру или риски передачи ВИЧ при оральном сексе). При обсуждении упражнения желательно организовать обратную связь от участников в следующем порядке: в первую очередь – от «пациента» (с акцентом на том, как он себя чувствовал во время беседы), во вторую – от наблюдателей (можно задать обычный формат получения обратной связи: «Что мне понравилось в действиях консультанта; что бы я сделал по-другому и как именно»), в последнюю – от исполнявшего роль врача («Что было сложно? Что было просто? Насколько беседа соответствовала вашим ожиданиям?» и др.).

6. По окончании мероприятия важно собрать с участников **обратную связь** и поблагодарить их за обмен опытом друг с другом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

СПЕЦИФИКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (АРВТ) ДЛЯ МСМ ВРАЧ-ИНФЕКЦИОНИСТ, К. М. Н. ЕКАТЕРИНА ЮРЬЕВНА СТЕПАНОВА

МСМ, живущие с ВИЧ, так же, как и все ВИЧ-положительные, нуждаются в назначении АРВТ при появлении показаний. Для РФ показаниями являются либо снижение уровня CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл, либо появление клинической картины (включая рецидивирующие гнойно-воспалительные заболевания и эпизоды герпетической инфекции). Однако в мире становится всё более актуальной тенденция раннего назначения терапии, что может потребовать пересмотра российских рекомендаций к лечению.

Кроме того, АРВТ может быть назначена ВИЧ-положительному партнёру в дискордантной паре, т.е. в паре, где у одного партнёра есть ВИЧ-инфекция, а у второго – нет. При достижении вирусологической эффективности это существенно снизит риски передачи ВИЧ-инфекции даже при возникновении «аварийных» ситуаций (сползание или разрыв презерватива)²⁸.

Приверженность АРВТ (точное соблюдение режима приёма препаратов) является важнейшим фактором, определяющим эффективность лечения. Для выявления факторов, которые могут снизить приверженность, крайне важно установление доверительных отношений между врачом и пациентом.

Стоит учитывать тот факт, что ВИЧ-положительные МСМ являются группой, которая чаще может страдать депрессией, что в свою очередь может

[28] A Rodger, T Bruun, V Cambiano, J Lundgren и др. «HIV Transmission Risk Through Condomless Sex If HIV+ Partner On Suppressive ART: PARTNER Study» 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 153LB и Q and A for PARTNER Studies: Interim analysis results presented at CROI 2014

значительно снизить приверженность лечению. Поэтому особенно важно направить такого пациента к психотерапевту/психологу, обозначив это, как стандартную процедуру перед началом АРВТ. Это позволит специалисту своевременно выявить депрессию и провести коррекцию психического состояния. При выявлении депрессивного состояния стоит воздержаться от назначения препаратов, оказывающих влияние на ЦНС, таких как эфавиренз и рилпивирин.

Если говорить о других особенностях выбора схемы АРВТ для МСМ, то официальных рекомендаций или научных исследований на эту тему нет.

Однако, учитывая основную форму половых контактов, нецелесообразно будет назначения лопинавира, имеющего частым побочным эффектом диарею. Это может снизить качество сексуальной жизни пациентов.

Кроме того, учитывая, что в большинстве своём МСМ более внимательны к своей внешности, чем среднестатистические мужчины, во время приёма стоит выяснить опасения по поводу терапии. Многие люди, внимательно относящиеся к своему внешнему виду, опасаются развития видимых дефектов внешности, описанных при применении АРВТ. Если данные опасения есть у пациента, то стоит проговорить с ним особенности препаратов, а также возможность изменения схемы в процессе АРВТ:

- ✓ желтушность кожных покровов при приёме атазанавира и способы её коррекции (усиленный питьевой режим, частое дробное питание, солярий)
- ✓ липоатрофия при приёме нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы, а также скорость и степень развития подобных изменений в зависимости от конкретного препарата. Известно, что наибольшей митохондриальной токсичностью, лежащей в основе липоатрофии, обладают ставудин и диданозин, а наименьшей абакавир, ламивудин, тенофовир и эмтрицитабин.

В заключение этого раздела хотелось бы акцентировать внимание на том, что назначение антиретровирусной терапии и коррекция её нежелательных побочных явлений – это всегда индивидуальная работа с каждым пациентом, учитывающая массу индивидуальных особенностей организма и личности.

**МСМ на приеме у врача:
психологические рекомендации
по взаимодействию с пациентами**

Автор:

Сабунаева М.Л., кандидат психологических наук

Редактор:

Евгений Писемский

Медицинские консультанты:

врач-инфекционист, к. м. н. Екатерина Юрьевна Степанова,
врач-инфекционист, к. м. н, MS, Дамир Амирович Бикмухаметов

Дизайн и вёрстка:

Тима Тимохин

Печать настоящей брошюры поддержано
Евразийской коалицией по мужскому здоровью

Брошюра распространяется бесплатно.

Только для лиц старше 18 лет (18+)

Социально ориентированная
общественная организация «Феникс ПЛЮС»

Тираж 1000 шт. 2-е издание. Год выпуска 2016

www.orelaid.ru www.parniplus.com



Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ) – международное неправительственное объединение, открытое для некоммерческих организаций и активистов, действующих в области профилактики, лечения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), ухода и поддержки среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) и трансгендеров в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА).

В настоящий момент сеть ЕКОМ включает более 55 членов из 12 стран, простираясь от Латвии до Кыргызстана.

ЕКОМ объединяет усилия всех заинтересованных сторон в регионе ВЕЦА на межстрановом уровне для создания благоприятной среды, основанной на соблюдении прав человека, в которой любой мужчина, практикующий секс с мужчинами, и любой трансгендер будут иметь доступ к услугам по сохранению здоровья, в том числе в связи с ВИЧ-инфекцией.

Помимо доступа к лечению и уходу это означает также снижение уровня стигмы и дискриминации, улучшение правовой среды, возникновение и укрепление партнерских отношений между организациями сообщества и государственными, неправительственными, международными организациями и заинтересованным бизнесом и т.д.

Узнайте больше о деятельности ЕКОМ:

 www.ecom.ngo

 facebook.com/ecom.ngo

 twitter.com/ecomngo

