

Ю. А. Амирханян

Мужчины, практикующие секс с мужчинами: проблема ВИЧ/СПИД (обзор поведенческих исследований и шаги выхода из кризиса)

Введение

Одной из причин глобального распространения эпидемии ВИЧ/СПИД явилось то, что многие страны опаздывали с принятием необходимых мер профилактики, а соответствующие политические решения часто оказывались малоэффективными. Стигматизация определенных стилей жизни и поведенческих практик в различных культурах мира привела к тому, что последствия эпидемии ВИЧ/СПИД оказались столь драматичными. Подобных последствий вполне можно было избежать, если бы общество и институты власти проявляли большую толерантность по отношению к нуждам сообществ.

Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ) – в настоящее время наиболее употребимый в мировой литературе термин, который наиболее точно и без «навешивания ярлыков» описывает сообщества мужчин, практикующих сексуальные отношения с мужчинами. Эта общность состоит из множества подгрупп, и именно эти разнообразные подгруппы, а не «гомосексуалисты» в обыденном понимании, являются уязвимыми по отношению к ВИЧ/СПИД.

Для максимально наглядного описания общности следует очертить, какими характеристиками отличаются составляющие ее подгруппы:

- а) «гомосексуалы», «геи»: половозрелые мужчины, осознающие себя мужчинами и имеющие выраженное психосексуальное влечение исключительно

- к мужчинам и часто или периодически вступающие с ними в сексуальные контакты;
- б) «бисексуалы»: эти же мужчины, но имеющие психосексуальное влечение как к мужчинам, так и к женщинам;
 - в) «транссексуалы», «трансы»: половозрелые мужчины, осознающие себя женщинами (трансгендерная ориентация) и часто или периодически вступающие с мужчинами в сексуальные контакты;
 - г) половозрелые мужчины, имеющие выраженное психосексуальное влечение исключительно к женщинам, но вступающие в сексуальные контакты с мужчинами по принуждению (в результате насилия, заместительных сексуальных контактов в тюрьмах или армии) или с целью получения какого-либо вознаграждения (коммерческий секс, продвижение по карьерной лестнице, доступ к определенным благам и пр.).

Градации подгрупп, описанная выше, не является окончательной и неделимой. Например, в подгруппу б) попадают мужчины, которые вступают в контакты с мужчинами, но не ассоциируют себя с «гомосексуалами», нередко встречающиеся во многих этнических группах. При этом, как правило, такие мужчины выполняют «активную» роль в сексуальных контактах. С другой стороны, в общность MSM не принято причислять индивидуумов, имевших лишь единичные сексуальные контакты, которые, как правило, были связаны с сексуальным экспериментированием или с обрядами инициаций. Не принято также причислять к MSM и подростков, у которых не окончательно сформировались сексуальные предпочтения. Однако, в подгруппе г) специально следует упомянуть особо уязвимую «прослойку» проблемных подростков (бездомных, беспризорных, и др.), не достигших половозрелого возраста, но регулярно вступающих в сексуальные контакты как по принуждению, так и, зачас-

тую, для минимального удовлетворения жизненных потребностей (ночлег, еда).

Несмотря на разнообразие причин, из-за которых мужчины вступают в секс с мужчинами, уязвимыми в отношении ВИЧ/СПИД являются все описанные подгруппы, а, следовательно, необходим поиск адаптированных ВИЧ-профилактических подходов к каждой из них. В связи с этим, прежде всего, следует отказаться от клише «гомосексуалист» и способствовать повышению толерантности общества по отношению к МСМ.

Ниже будут описаны исследования уровня риска в поведении МСМ, социальные детерминанты уязвимости МСМ по отношению к ВИЧ/СПИД, проблемы эффективной профилактики ВИЧ/СПИД среди МСМ, а также «рациональные предложения» по изменению ситуации.

Эпидемия ВИЧ/СПИД в России и уязвимость МСМ: обзор поведенческих исследований

По состоянию на 25.04.2005, в России официально зарегистрировано более 313 тыс. случаев ВИЧ-инфекции [1]. Оценки различных источников о реальном количестве ВИЧ-инфекций разнятся от 860 тыс. до 2 млн. случаев [2, 3] В 1996 году вспышка эпидемии была зафиксирована в различных субъектах Федерации, но почти все случаи инфекции были связаны с инъекционным способом потребления наркотиков. Подобная тенденция продолжалась до 2003-2004 годов, когда замедлился прирост новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, но неуклонно стала возрастать доля людей, получивших вирус через сексуальный путь передачи [1]. Эта ситуация объясняется это тем, что со временем происходит передача ВИЧ от потребителей инъекционных наркотиков к их сексуальным партнерам, и далее к «партнерам партнеров». Несмотря на наметившуюся видимую стабилизацию количест-

ва новых регистрируемых случаев инфекции (как правило, принято рассчитывать количество случаев за последний год), эпидемия лишь меняет свой характер, так как прирост случаев передачи ВИЧ/СПИД посредством сексуальных контактов неуклонно возрастает.

В свете неуклонного роста риска заражения ВИЧ в генеральной совокупности населения через сексуальные контакты, прежде всего, оказываются уязвимыми группы, характеризующиеся широкой вовлеченностью в наиболее рискованные сексуальные практики. Особая уязвимость МСМ связана с тем, что при анальном контакте без презерватива вероятность передачи ВИЧ от «активного» партнера к «пассивному» наиболее высока. Несмотря на менее высокую вероятность передачи ВИЧ от «принимающего» партнера к «активному», данный путь передачи также остается высоко рискованным. Например, при гетеросексуальных вагинальных контактах без использования презерватива женщина (принимающий партнер) рискует больше, чем мужчина, в целом, вероятность передачи ВИЧ при вагинальном контакте ниже, чем при анальном акте. Другим фактором, повышающим уязвимость МСМ в отношении ВИЧ/СПИД, является относительно высокая плотность «сетей сексуального общения», при которой появление ВИЧ среди одного члена подгруппы быстро передается другим членам подгруппы [4]. Не случайно, что во многих регионах мира уровень ВИЧ/СПИД получил наиболее широкое распространение среди МСМ именно на территориях, характеризующихся высоким уровнем урбанизации.

Ни в России, ни в других государствах бывшего СССР, исследования по мониторингу ВИЧ/СПИД и оценка показателей поведенческого риска в подгруппах МСМ не проводились [5]. Имеются основания полагать, что, в среде МСМ, ВИЧ выявляется гораздо реже, чем в среде потребителей инъекционных наркотиков (при амбулаторном лечении гепатита проводится тотальная проверка на наличие ВИЧ) или

среди мужчин и женщин с гетеросексуальным поведением, у которых выявление ВИЧ нередко связано с обязательным тестированием на ВИЧ при беременности, при призыве на военную службу.

Следовательно, распространенность ВИЧ-инфекции в сообществах МСМ может быть недооценена, что на сегодня является одной из базовых проблем ВИЧ- профилактики среди данной общности. Недостаток информации о проблеме приводит к тому, что официальные программные документы по контролю эпидемии ВИЧ/СПИД, в основном, эту проблему игнорируют [см., например, 1]. Между тем, замалчивание проблемы не означает ее отсутствие. Существует опасность того, что эпидемия ВИЧ/СПИД среди МСМ в России может принять масштабы, сравнимые с теми, которые ранее имели место в странах Западной Европы.

Анализ литературы свидетельствует о существенном недостатке исследований по изучению сексуального поведения среди российских МСМ. Одно из первых научных исследований рискованного поведения среди 290 МСМ было осуществлено в С.-Петербурге в 1992 г [6]. Участники были опрошены на популярном пригородном пляже, в гей-клубах города и на дискуссионных встречах (круглых столах). 57% опрошенных никогда или редко пользовались презервативами. Лишь 12,5% постоянно пользовались презервативами. При этом только 12% респондентов вступали в сексуальные контакты исключительно со своими постоянными партнерами. 33% считали, что предохраняться следует лишь со случайными партнерами, в то время как с постоянными партнерами этого делать не обязательно. Подобная позиция являет собой пример пренебрежения собственной безопасностью в обмен на «доверие» к партнеру. При этом, по данным международных исследований, подобное «доверие» возникает довольно быстро [7,8]. Другое исследование было проведено среди заключенных российских тюрем, в среде которых также часто практикуются гомосексуальные кон-

такты¹, однако эти более ранние исследования недостаточно описали природу поведенческого риска, в частности социально-психологические факторы, обуславливающие риск (т.е., предикторы риска).

Начиная с 2000 г, усилиями международной исследовательской группы в С.-Петербурге был осуществлен ряд исследований среди МСМ. Далее представлен обзор следующих исследований:

- 1) анализ распространенности рискованного сексуального поведения среди сплошной выборки МСМ-посетителей ночных гей-клубов С.-Петербурга, а также индивидуальные предикторы риска среди МСМ;
- 2) анализ распространенности рискованного сексуального поведения среди выборки социальных (дружеских) сетей МСМ в С.-Петербурге, выявление распространенности ЗППП, а также групповых и индивидуальных предикторов поведенческого риска и распространенности ЗППП среди МСМ;
- 3) основные результаты оценки (а) рандомизированного контролируемого испытания ВИЧ-профилактического вмешательства на уровне социальных сетей МСМ в России и Болгарии и (б) предшествующей пилотажной программы. Несмотря на то, что, в целом, показатели риска поведения, а также предикторы риска в других регионах, скорее всего лишь незначительно варьируют по сравнению с результатами исследований, проведенных в С.-Петербурге, существует необходимость проведения параллельных исследований, как в других

¹ более подробно об этом исследовании в разделе: Насилие и поведение высокого риска в закрытых учреждениях (см. ниже).

крупных городах, так и в менее крупных населенных пунктах.

1. Анализ распространенности и предикторов рискованного сексуального поведения среди сплошной выборки МСМ-посетителей ночных гей-клубов С.-Петербурга [см.: 9-11].

Участниками анонимного письменного опроса, проведенного в 2000 г, были 434 посетителя популярных мест проведения досуга среди МСМ (гей-клубов), средний возраст которых составил 25,9 лет. Согласно результатам этого исследования, была выявлена высокая распространенность незащищенных анальных контактов среди МСМ. В частности, исследование показало, что анальный секс за предшествовавшие 3 месяца практиковали 81% опрошенных, и лишь менее половины из них (46%) постоянно предохранялись. При этом среднее количество партнеров-мужчин за 3 месяца составило 2,5 (Me=1), с которыми участники вступали в анальный секс, в среднем, 7,9 раз (Me=3). Среднее количество партнеров-мужчин в течение жизни (к моменту опроса) составило 61,9 (Me=10) человек. Следует обратить особое внимание на то, что бисексуальное поведение оказалось довольно распространенным: в течение 3 последних месяцев, 37% опрошенных МСМ также вступали в сексуальные контакты с женщинами, а 79% делали это когда-либо в течение жизни. Обеспокоенность должна вызвать и доля МСМ, вступающих в сексуальные контакты за вознаграждение: 23% получали вознаграждение за секс, а 21% сами оплачивали секс-услуги.

С точки зрения профилактики ВИЧ/СПИД, следует обратить внимание на то, какие факторы являются причиной, и в какой степени влияют на вступление индивида в незащищенные сексуальные контакты. Логистическая регрессия показала, что наличие, как минимум, одного незащищенного анального контакта за последние 3 месяца было связано с более негативным отношением к безопасному сексу и пре-

зервативам ($p=0,03$) и менее выраженными намерениями практиковать безопасный секс ($p=0,0004$). Неиспользование презерватива при последнем анальном контакте также оказалось зависимым от отрицательного отношения ($p=0,02$), отсутствием намерений ($p=0,0002$), а также наличием постоянного партнера ($p=0,02$). Наблюдалась тенденция зависимости факта предохранения при последнем контакте от показателей шкал «знания» ($p=0,1$) и «социальные нормы» ($p=0,07$) в отношении безопасного секса. Множественная линейная регрессия была использована для того, чтобы определить факторы, детерминирующие более низкую частоту пользования презервативами. Все вышеперечисленные шкалы оказались статистически значимыми ($p=$ от 0,0001 до 0,02). Заметим, что вышеперечисленные шкалы, оказавшиеся значимыми детерминантами рискованного поведения, описывают индивидуальные, личностные характеристики. Ни возраст, ни уровень образования, ни текущий род деятельности (учеба или работа) не оказались факторами риска ни в одном из осуществленных статистических анализов. вывод: необходимо спец. знание/навык

2. Анализ распространенности и предикторов рискованного сексуального поведения среди выборки социальных (дружеских) сетей MSM. Данные о распространенности ЗППП по результатам тестирования биообразцов [12].

В исследование преднамеренно были рекрутированы социальные сети MSM, большинство членов которых связывают взаимные дружеские отношения. Общее количество участников составило 187 человек, объединенных в 38 социальных сетей (среднее количество членов в социальной сети составило 5). Более подробно о методах поиска, вовлечения, определения структуры и лидерства социальных сетей см.: [13]. Опрос среди MSM, описанный выше, выявил ряд индивидуальных психосоциальных предикторов рискованного поведения. Целью же данного исследования было выявить,

какую роль в вовлеченности в рискованные сексуальные практики играют не только личностные, но и групповые факторы, а также какая между ними существует взаимосвязь. Как уже ранее упоминалось, сообщество МСМ не однородно. Поэтому, для изучения роли групповых факторов, в исследование были вовлечены сети, участники которых дружили или, по крайней мере, хорошо знали друг друга, а следовательно, предположительно разделяли общие социальные нормы, ценности и взгляды. В результате анализа выяснилось, что членство в той или иной социальной сети (т.е. групповой фактор) оказалось намного более сильным фактором риска, чем индивидуальные психосоциальные характеристики (такие как нормативное неприятие безопасного секса, а также отсутствие намерения предохраняться при вступлении в сексуальные контакты). При этом, значимыми, хотя и более слабыми предикторами риска остались только нормы, не поощряющие безопасный секс, а также намерения не пользоваться презервативами, а фактор отношения к безопасному сексу «растворился» и потерял самостоятельную значимость в качестве предиктора риска.

Другой, не менее важной задачей данного исследования было выявление распространенности заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) среди выборки социальных сетей МСМ в С.-Петербурге. Поскольку сведения о том, насколько широко распространены ЗППП среди российских МСМ, весьма скудны, назрела насущная необходимость в исследованиях, позволяющих оценить степень пораженности сообществ МСМ такими заболеваниями. С одной стороны, степень распространенности ЗППП в группе населения свидетельствует о рискованности поведения в этой группе в отношении ВИЧ, поскольку механизмы передачи ВИЧ через сексуальные контакты и передачи наиболее распространенных ЗППП сходны. С другой стороны, наличие половой инфекции в организме повышает вероятность заражения ВИЧ-инфекцией [14]. В С.-Петербурге, при тести-

ровании биологических образцов среди 147 МСМ – участников исследования, состоящих в дружеских «социальных сетях» (n=38), поражённость каким-либо из наиболее распространённых ЗППП (сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз) составила свыше 18%; чаще всего выявлялись сифилис (более 10%) и хламидиоз (около 5%) [15]. Как правило, имели место скрытые инфекции. Очевидна не только необходимость профилактики ВИЧ и ЗППП, но и доступность тестирования и лечения у доверенных специалистов. Интересно отметить, что членство в социальной сети оказалось не только сильным, но и единственным предиктором положительного диагноза на наличие какого-либо ЗППП.

3. Основные результаты (а) рандомизированного контролируемого испытания и (б) оценки пилотажной программы ВИЧ-профилактического вмешательства на уровне социальных сетей МСМ в России и Болгарии.

(а) результаты рандомизированного контролируемого испытания [16].

В 2003 г в С.-Петербурге и в Софии (Болгария) было начато осуществление международного ВИЧ-профилактического исследования методом рандомизированного контролируемого испытания программы ВИЧ-превентивного вмешательства среди социальных сетей МСМ. В испытании участвовали 52 сети МСМ (n=276, M=5,3 человека в социальной сети), в том числе 34 сети из С.-Петербурга и 18 из Софии. В этой программе «агентами» вмешательства были выбраны лидеры этих сетей, выявленные с помощью социометрического анализа. Лидеры сетей из экспериментальной группы были вовлечены в тренинг из 9 занятий; на каждом из 5 занятий лидеры обучались тому, как повлиять на рискованное поведение своих друзей (членов сети) с целью снижения этого риска. На каждом занятии рассматривался один из теоретически обоснованных компонентов

влияния на поведение (знания, нормы, отношение, намерения и самоэффективность).

Оставшиеся 4 занятия были подкрепляющими и мотивирующими продолжать профилактическую работу с друзьями. На занятиях лидеры сетей имели возможность поучаствовать в упражнениях и ролевых играх, на которых моделировались разнообразные ситуации ВИЧ-превентивного общения с друзьями. В конце каждого занятия лидеры получали своеобразное «домашнее задание» – провести ВИЧ-профилактическую беседу со всеми членами сети, в которой каждый из лидеров состоял. На этапах перед проведением программы ВИЧ-превентивного вмешательства, через 4, а также 12 месяцев после ее окончания, были проведены замеры показателей риска сексуального поведения за 3-х-месячный период, предшествовавший опросу, а также замер по шкалам индивидуальных психосоциальных характеристик.

Для анализа результатов 4-х и 12-и-месячной оценки проводились сравнения между показателями риска экспериментальных и контрольных групп социальных сетей MSM. Выявилось значительное расхождение между показателями: резкое снижение уровня поведенческого риска в экспериментальных сетях и менее существенные изменения в контрольных, как при вступлении в анальные контакты, так и при вступлении в любой из рискованных контактов (как анальных, так и вагинальных). Например, по результатам 4-х-месячной оценки, 48% участников экспериментальных сетей сообщили о том, что вступали хотя бы в один незащищенный контакт, в то время как соответствующий показатель для контрольных сетей составил 70% ($p=0,0001$) при незначительных расхождениях на начальном этапе исследования. И, несмотря на то, что разница показателей со временем уменьшилась, значимость различий осталась высокой в Софии, но менее явной в С.-Петербурге. Скорее всего, это можно объяснить меньшим размером населения Софии

и, соответственно, большей масштабностью охвата сообщества МСМ ВИЧ-превентивными программами. Схожей оказалась динамика изменения поведения при включении в анализ только тех участников, у кого за последние 3 месяца было более одного сексуального партнера, т.е. подгруппы повышенного риска. Заметим, что в когорте (почему «когорте» -- спец.термин для демографа) участников (подвергнутых обучению?) зафиксирована лишь краткосрочная тенденция увеличения пользования презервативами в экспериментальных сетях по сравнению с контрольными, которая в долгосрочной перспективе нивелировалась.

Это свидетельствует о том, что основной стратегией снижения риска было снижение количества партнеров, с которыми участники вступали в незащищенные контакты: по результатам программы вмешательства выявилась статистически значимая разница между долей вступающих в незащищенные контакты с двумя или более партнерами: снижение доли с 32% до 13% в экспериментальных сетях и небольшое увеличение этой доли с 23% до 25% в контрольных ($p=0,02$). Долгосрочным оказался позитивный эффект от участия в программе как в Софии, так и в С.-Петербурге, хотя различия между экспериментальными и контрольными сетями по этому показателю, в целом, несколько ослабли ($p=0,05$). При анализе вовлеченности в незащищенные анальные контакты, разница сильно увеличилась между экспериментальными и контрольными сетями на момент 4-месячной оценки ($p=0,0003$) и затем немного снизилась – при сохранении первоначальной тенденции снижения риска в экспериментальных сетях – на момент 12-месячной оценки ($p=0,06$) как в Софии, так и в С.-Петербурге.

(б) Результаты оценки пилотажной программы [17].

Результаты пилотажной программы демонстрируют еще одно успешное применение модели ВИЧ-профилактического вмешательства. Схожая с описанной

выше система работы с социальными сетями МСМ была применена при осуществлении профилактической программы с 14 социальными сетями МСМ. Отличия сводятся к тому, что проводилась единственная 4-месячная оценка, а количество поддерживающих занятий ограничивалось одним. Доля тех, кто никогда не пользовался презервативами, снизилась с 14% до 5%, а тех, кто пользовался презервативами постоянно, увеличилась с 50% до 62%. Успешным результатом программы можно считать и более чем двукратное (с 22% до 45%) повышение пропорции постоянно предохраняющихся с постоянными партнерами, т.е. была успешно решена задача, представляющая общеизвестную трудность при осуществлении программ ВИЧ-профилактики. Статистически значимое улучшение было также отмечено по всем теоретически-обоснованным психосоциальным предикторам риска – знаниям ($p=0,001$), отношении ($p=0,001$), намерениям ($p=0,002$), нормам ($p=0,001$) и самооффективности ($p=0,007$) и ряду других медиаторов изменения поведения.

Социальные факторы риска распространения ВИЧ/СПИД среди российских МСМ

Высока вероятность того, что рост темпов заражения ВИЧ/СПИД среди МСМ продолжится и далее. Помимо индикаторов, свидетельствующих о высоком риске поведения, следует обозначить комплекс сопутствующих социальных факторов, способствующих росту пораженности МСМ ВИЧ-инфекцией в России.

Трудности самоорганизации МСМ-сообщества.

МСМ лишь недавно покинули культурно-нормативное подполье, в котором данное сообщество находилось во времена СССР. Российская общность МСМ все еще находится в процессе формирования. На Западе, самоорганизованность сообществ МСМ сыграла решающую роль в стабилизации и

контролируемости эпидемии, поскольку внутри сообществ существовали активистские движения, имевшие рычаги политического влияния для отстаивания интересов МСМ и принявшие профилактику ВИЧ/СПИД наиболее приоритетным направлением своей деятельности. В России и большинстве других республик бывшего СССР, самоорганизация сообществ МСМ все еще находится в зачаточной форме, а организации, защищающие интересы МСМ, немногочисленны и разрозненны. ВИЧ-превентивная работа не получает ни государственного признания, ни должного финансирования, ни кадрово-технического обеспечения. Отдавая признательность усилиям немногочисленных добровольцев, следует заметить, что масштаб ВИЧ-профилактических программ только тогда будет достаточным, когда значительные части сообществ окажутся охваченными такими программами, а сами программы будут научно-обоснованы и адаптированы к нуждам подгрупп.

Наличие социальных условий, способствующих рискованному сексуальному поведению.

Помимо непосредственных показателей риска поведения МСМ, следует также отметить внешние факторы, способствующие вовлечению в рискованное поведение. Например, одним из условий частой смены партнеров является наличие возможности «быстрого» (и, нередко, анонимного) знакомства с целью вступления в сексуальный контакт. В разных городах такую возможность предоставляют популярные места встреч – ночные клубы, сауны, парки. Условия, сопутствующие подобного рода сексуальным контактам, нередко сопряжены с отсутствием полноценных условий для безопасного поведения. Недостаточно доступны презервативы в местах встреч для сексуального общения. Во многих местах сбора МСМ существуют так называемые «темные комнаты» для анонимного и однократного секса (в паре или в группе). Кроме популярных мест для очных знакомств, все больше становятся востребованы интернет-

сайты с целью поиска партнеров для секса. Как показывают международные исследования в этой области, поиск сексуальных партнеров через Интернет и последующие сексуальные контакты с этими партнерами представляют особо высокий риск ВИЧ/СПИД [18-20].

Насилие и поведение высокого риска в закрытых учреждениях.

Информация об уровне сексуального насилия в отношении мужчин осталась не доступна из-за недостатка систематически проанализированных опубликованных данных. Однако, общеизвестно, что мужчины, находящиеся длительное время на регулярной армейской службе, а также в местах заключения, нередко подвергаются риску незащищенного анального секса. Крайне актуально проведение российских исследований сексуального поведения мужчин, находящихся по призыву на армейской службе. В этой среде нередко имеют место сексуальные контакты между военнослужащими в силу закрытости мест прохождения службы и отсутствия возможности вступать в сексуальные контакты с женщинами. Проблема уязвимости военнослужащих обсуждалась, в частности, в одном из докладов ЮНЭЙДС [21].

Места заключения также являются еще одним примером среды, в которой широко распространены сексуальные контакты между мужчинами, причем такие контакты символизируют неформальную иерархию заключенных и осуществляются, как правило, насильно. Исследование на выборке из 1100 мужчин в возрасте от 18 до 80 лет, отбывавших сроки заключения в пенитенциарных учреждениях России, показало, что 85-90% мужчин вступали в сексуальные отношения с другими мужчинами-заключенными, причем 8-10% - регулярно вступали в анальные контакты в пассивной роли. [22]. Презервативы обычно не использовались. Отмечено, что официальная позиция администраций мест заключения игнорирует наличие сексуальных контактов между заклю-

ченными, и презервативы, соответственно, запрещены или не доступны [23].

Стигма в отношении MSM.

Несмотря на социально-политические перемены последних десятилетий, стигма, связанная с отношением российского населения к MSM, также как и к другим уязвимым группам, остается широко распространенной и имеет весьма непосредственное отношение к эпидемии ВИЧ/СПИД. Стигматизация группы приводит к маргинализации MSM, которая, в свою очередь, приводит к субкультурной изоляции и недоверию к внешнему вмешательству в среду, в том числе, к программам профилактики проводимым «извне» сообществ. С другой стороны, стигматизация такого сексуального поведения, как секс между мужчинами, приводит к тому, что у представителей сообществ MSM зачастую нет возможности получить консультацию по вопросам сексуального здоровья у «официальных» специалистов, протестироваться на ВИЧ и ЗППП с адекватным консультационным сопровождением, а также отсутствует механизм взаимодействия официальных организаций, ответственных за предупреждение эпидемии ВИЧ/СПИД, с уязвимыми сообществами MSM.

Распространенность мифов среди MSM в отношении ВИЧ/ СПИД и обезличенность проблемы.

Высокий уровень основных познаний в отношении ВИЧ/СПИД, способов передачи вируса, а также методов предохранения, хотя сам по себе и не приводит к снижению риска сексуального поведения, тем не менее, является необходимым условием, при котором проводимые ВИЧ-профилактические программы имеют более высокий шанс на успех. Исследования среди MSM (посетителей ночных гей-клубов С.-Петербурга) [9] показали, что уровень знаний правильной информации о ВИЧ/СПИД был достаточно высок в данном сообществе: участники правильно ответили на

две трети вопросов «шкалы знаний». Несмотря на это, в программы профилактики следует включать «коррекцию мифов», которые все же распространены: например, половина опрошенных участников считали, что допустимо использование лубрикантов на масляной основе при использовании презерватива; столько же полагали, что можно отказаться от презерватива, если партнер утверждает о собственном негативном статусе. 46% считали, что принятие душа после проникающего сексуального контакта снижает риск передачи ВИЧ (должно снижать). Подобные заблуждения могут привести к тому, что даже при явном намерении избежать риска заражения ВИЧ, уровень рискованного поведения останется высоким.

Одна треть респондентов не знали о том, что незащищенный оральный секс – менее рискованный, чем анальный секс без презерватива. Незнание о степени рисков, связанных с теми или иными формами сексуальных контактов, может не позволить выбрать оптимальную стратегию снижения сексуального риска в ситуациях, когда это особенно необходимо (например, при отсутствии презерватива, а также когда использование презерватива неприемлемо хотя бы для одного из партнеров). Дополнительным барьером, с которым можно столкнуться при осуществлении программ профилактики среди российских MSM является обезличенность проблемы ВИЧ/СПИД: большинство опрошенных не были лично знакомы ни с одним ВИЧ-позитивным человеком. Отдаленность угрозы может привести к игнорированию необходимости предохраняться. Например, в США частота пользования презервативами среди MSM значительно увеличилась, когда их друзья, знакомые оказывались ВИЧ-инфицированными и в особенности, когда это приводило к смерти.

Меры для предотвращения роста эпидемии ВИЧ/СПИД среди российских MSM

В условиях постоянно возрастающей доли передачи ВИЧ-инфекции сексуальным путем на территории России, сообщества MSM находятся в условиях особого риска заражения: ряд показателей рискованного поведения MSM был подробно описан в предыдущей главе. Дополнительными факторами быстрого распространения ВИЧ-инфекции в среде MSM могут быть: ограниченная численность сообществ, способствующая быстрому распространению инфекции в случае ее появления даже у малого числа его членов [4]; недостаточность, а часто и полное отсутствие программ профилактики, достоверного информационного сопровождения и персонифицированной помощи в выборе стратегии предохранения; обезличенность проблемы ВИЧ/СПИД для большинства людей из сообществ MSM. Отметим, что часть нижеприведенных предложений выходят за узкие рамки контроля эпидемии ВИЧ/СПИД среди MSM и представляются необходимыми для контроля эпидемии в России в целом.

1. Признание проблемы особой уязвимости российских MSM в условиях эпидемии ВИЧ/СПИД.

Необходима политическая воля признать существование проблемы ВИЧ/СПИД для сообществ российских MSM. Осуществление широкомасштабной профилактики ВИЧ/СПИД среди MSM не представляется возможным без официального признания проблемы органами власти, социального управления и здравоохранения. Программы профилактики ВИЧ/СПИД среди MSM должны получить долю государственного и местного финансирования, соразмерную проблеме в каждом из российских регионов.

2. Создание предпосылок для самоорганизации сообществ МСМ.

Необходимо поощрять процессы самоорганизации сообществ МСМ. В частности, следует облегчить создание и поощрять деятельность общественных организаций, представляющих интересы МСМ-сообществ. Примечательно, что одним из решающих условий успешного контроля эпидемии ВИЧ/СПИД в той или иной общности является вовлечение и активная роль представителей самих уязвимых групп. Государственным институтам, ответственным за контроль эпидемии, необходимо сформулировать социальный заказ по профилактике ВИЧ/СПИД среди МСМ, с постановкой конкретных целей и задач, реалистично достижимых показателей снижения риска, а также выделения грантов для осуществления ВИЧ-превентивных программ на конкурсной основе.

Условиями для реализации подобного социального заказа является поощрение создания общественных организаций МСМ, создание объединений для их взаимодействия по реализации социального заказа, а также обеспечение внешней методической и экспертной поддержки с целью повышения профессионализма сотрудников. Подобная стратегия может быть использована и для осуществления профилактики ВИЧ/СПИД и в других уязвимых группах.

3. Оценка эффективности

Необходимость эмпирической оценки эффективности программ, подготовки специалистов и взаимодействия между СПИД-сервисными и исследовательскими организациями определяется рядом условий. Только при их соблюдении можно рассчитывать на то, что та или иная программа профилактики ВИЧ/СПИД окажется работоспособной. Одним из критически важных условий является научно-подтвержденная эффективность внедряемой программы, поскольку в условиях ограниченности ресурсов разумно, в

первую очередь, финансировать те программы, которые доказали наибольшую эффективность, уже привели к значительному снижению распространённости рискованного поведения в целевых группах. Исходя из этого, не следует экономить на проведении оценки эффективности осуществляемых программ и внедрять такие технологии профилактики, эффективность которых эмпирически не доказана.

Для проведения оценки эффективности программ, возникает необходимость кооперации СПИД-сервисных организаций со специалистами, способными оказывать научную поддержку при планировании и обосновании программ, а также проводить исследования по оценке программ. Такими специалистами могут быть демографы, социологи, психологи, эпидемиологи и пр. Необходимо также обеспечить дополнительное междисциплинарное образование для таких специалистов с целью расширения их квалификации в областях общественного здравоохранения, эпидемиологии, биостатистики, поведенческих теорий, а также аудита, менеджмента и консультирования.

4. Внедрение высокоэффективных профилактических программ для наиболее уязвимых сегментов сообществ МСМ

Необходимо внедрение программ ВИЧ-профилактических вмешательств – как наиболее эффективных и осуществимых – с целью профилактики ВИЧ/СПИД в различных сообществах МСМ. В первую очередь, программы должны охватывать те сегменты сообществ, в которых исследования выявляют максимальные показатели поведенческого риска. Для того чтобы программы получили поддержку и востребованность внутри сообществ МСМ, нужды и потребности членов этих сообществ должны быть изучены и учтены. Следовательно, программы ВИЧ-профилактических вмешательств следует осуществлять наряду с программами социальной, психологической, правовой и медицинской поддержки

МСМ, которые также являются весьма важными с точки зрения решения многих задач, в том числе демаргинализации целевой группы. В качестве другого примера, возможно создание сети доверенных клиник и врачей, «дружественных» МСМ, у которых представители целевой группы могли бы без смущения проходить тестирование на ЗППП и получать квалифицированные консультации по вопросам, связанным со здоровьем. Программы поведенческих вмешательств должны быть специализированы под нужды МСМ, быть культурно-релевантными и достаточно масштабными для того, чтобы оказать влияние на сообщество МСМ на той или иной территории.

5. Шаги против дискриминации МСМ и поощрение общественной терпимости

Целесообразно принять юридические акты, запрещающие любую дискриминацию на почве сексуальной ориентации, поскольку в качестве условия успешного контроля эпидемии необходима демаргинализация сообществ МСМ. Необходимо учесть и адаптировать богатый опыт стран Запада, в большинстве которых МСМ оказались наиболее уязвимой группой, и где решение проблемы эпидемии ВИЧ/СПИД среди МСМ было связано, в том числе, и с созданием полноценных условий самовыражения и обеспечением юридической защиты от дискриминации. Однако принятие юридических мер защиты – лишь один из необходимых шагов. Не менее важным представляется внедрить программы, способствующие толерантности населения российских регионов по отношению к МСМ и другим уязвимым группам. Общественное выражение нетерпимости на почве неприязни по признаку сексуальной ориентации следует объявить вне закона подобно существующим нормам, регулирующим выражение расовой и национальной неприязни.

6. Создание и функционирование экспертного совета по ВИЧ/СПИД

Помимо необходимости сотрудничества между организациями ВИЧ-профилактики с учеными специалистами, представляется важным создание национального межведомственного координационного экспертного совета по ВИЧ/СПИД, который мог бы периодически созываться для определения приоритизации направлений финансирования программ, а также постоянно работающего фонда, в который организации могли бы направлять свои проекты программ для участия в конкурсах на получение грантовой поддержки. Помимо функции приоритизации финансирования профилактики ВИЧ/СПИД, экспертный совет мог бы содействовать созданию межрегиональной сети НПО «по интересам», заказывать и координировать исследования эпиднадзора, определять долгосрочные и тактические цели профилактики, а также осуществлять методологическую поддержку для специалистов с целью осуществления экспертизы программ, анализа затрат-последствий и т.п.

Заключение

Стратегию профилактики ВИЧ/СПИД среди MSM следует рассматривать как долгосрочный, комплексный процесс, в котором нет легких путей решения проблем. Однако, всесторонняя поддержка самоорганизации сообществ MSM, как ни что другое, поможет преодолеть дальнейший рост эпидемии ВИЧ/СПИД и внесет свою важную лепту в становление гражданского общества в России.

Литература

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации №16 от 25.04.2005. «О дополнительных мерах по

прот иводейст вию распрост ранению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

2. Покровский В.В. Сообщение Федерального научно-мет одического цент ра Минздрава России по профилактике и борьбе со СПИД, 01.07.2002.
3. United States National Intelligence Council. The next wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China. United States Department of State. Washington, DC; September, 2002.
4. Saidel T.J., Des Jarlais D., Peerapatanapokin W., Dorabjee J., Singh, S., Brown, T. Potential impact of HIV among IDUs on heterosexual transmission in Asian settings: the Asian epidemic model. International Journal on Drugs Policy, 2003, 14, 63-74.
5. ЮНЭИДС. Ввод в дейст вие вт орого поколения сист ем эпидемиологического надзора за ВИЧ: практ ические мет одические рекомендации. Женева: ЮНЭИДС, 2003.
6. Issaev D.D. (1993). Survey of the sexual behavior of gay men in Russia, International Lesbian and Gay Association Bulletin, 1993, 3,12.
7. Fortenberry J.D., Tu W., Hareylak J., Katz B.P., Orr D.P. Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationships. American Journal o Public Health, 2002, 92, 211-213.
8. Ku L., Sonenstein F.L., Pleck J.H. (1994). The dynamics of young men's condom use during and across relationships. Family Planning Perspectives, 1994, 26, 246-251.
9. Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Kukharsky A.A., Borodkina O.I., Granskaya J.V., Dyatlov R.V., McAuliffe T.L., Kozlov A.P. Predictors of HIV risk behaviour among Russian men who have sex with men: An emerging epidemic. AIDS, 2001, 15, 407-412.
10. Kelly J.A., Amirkhanian Y.A., McAuliffe T.L., Granskaya J.V., Borodkina O.I., Dyatlov R.V., Kukharsky A., Kozlov A.P.

HIV risk characteristics and prevention needs in a community sample of bisexual men in St. Petersburg, Russia. *AIDS Care*, 2002, 1, 67-80.

11. Kelly J.A., Amirkhanian Y.A., McAuliffe T.L., Dyatlov R.V., Granskaya J.V., Borodkina O.I., Kukharsky A., Kozlov A.P. HIV risk behavior and risk-related characteristics of young Russian men who exchange sex for money or valuables from other men. *AIDS Education and Prevention*, 2001, 13, 175-188.

12. В печати: Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Kirsanova A.V., DiFranceisco W., Khoursine R.A., Semenov A.V., Rozmanova V.N. HIV risk behavior patterns, predictors, and STD prevalence in young MSM social networks in St Petersburg, Russia. *International Journal of STD & AIDS*.

13. Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., McAuliffe T.L. Identifying, recruiting, and assessing social networks at high risk for HIV/AIDS: Methodology, practice, and a case study in St. Petersburg, Russia. *AIDS Care*, 2005, 17, 58-75.

14. Wasserheit J. Epidemiologic synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 1992, 19, 61-77.

15. Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Kirsanova A.V., DiFranceisco W., Khoursine R.A. HIV behavior risk levels and STD prevalence in a sample of young MSM social networks in St Petersburg, Russia. Abstract WePeC6081 for XV International AIDS Conference, Bangkok, 11-16 July 2004.

16. В стадии рецензирования: Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Kabakchieva E., Kirsanova A.V., Vassileva S., Takacs J., DiFranceisco W.J., McAuliffe T.L., Khoursine R.A., Mocsonaki L. A Randomized, Controlled Trial of a Social Network HIV Prevention Intervention with Young Men Who Have Sex with Men in Russia and Bulgaria. *AIDS*.

17. Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Kabakchieva E., McAuliffe T.L., Vassileva S. Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS Education and Prevention*, 2003, 15, 205-221.
18. Rietmeijer C.A., Bull S.S., McFarlane M.C. (2001). Sex and the Internet. *AIDS*, 2001, 15, 1433-1434.
19. Elford J., Bolding G., Sherr L. Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms. *AIDS*, 2001, 15, 1409-1415.
20. Fernández M.I., Varga L.M., Perrino T., Collazo J.B., Subiaul F., Rehbein A., Torres H., Castro M., Bowen G.S. The Internet as recruitment tool for HIV studies: viable strategy for reaching at-risk Hispanic MSM in Miami? *AIDS Care*, 2004, 16, 953-963.
21. ЮНЭЙДС. Всемирная кампания против СПИДа 2001. Доступен 02.06.2005: www.un.org/russian/document/gadocs/26spec/inform13.html
22. Альбов А.П., Исаев Д.Д., Министерство внутренних дел, отдел реформ, С.-Петербург, Россия. Гомосексуальные контакты среди мужчин-заключенных в России. X Международная конференция по СПИДу, 7-12 августа 1994 г, 10, 53, Иокогама.
23. Цит. по: Кон И.С. Сокращение детей и сексуальное насилие в междисциплинарной перспективе. Социальная и клиническая психиатрия, 1998, 8 № 3; Педагогика, 1998.