

## Социальное обслуживание ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом клиентов; американский опыт

*Бородкина О.И.*

*Санкт-Петербургский Государственный университет*

Эпидемия СПИДа, которую мы наблюдаем в России в течение несколько последних лет, вызвала множество социальных проблем. Одна из них состоит в необходимости организации сети социальных услуг для ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом и членов их семей. Как показывают результаты опросов ВИЧ-инфицированных клиентов СПИД-центров, среди разнообразных услуг, связанных с ВИЧ/СПИДом, ожидаемых от социального работника, наиболее распространенными являются:

социально-психологическая помощь, направленная на снижение психологических последствий заражения ВИЧ и следующих за этим социальной изоляции, стигматизации, дискриминации, которые чаще всего выражаются в депрессии, страхе, беспокойстве;

помощь в поиске и получении социальных услуг, связанных с обеспечением жильем, уходом за больными, заботой о детях;

помощь в решении проблем, связанных с оказанием медицинских услуг;

помощь в осознании клиентом своих основных гражданских прав и их защите, прежде всего, против дискриминации в связи со статусом ВИЧ-инфицированного, в том числе при приеме на работу.

Среди основных трудностей развитие системы социальных услуг для ВИЧ-инфицированных, конечно же, недостаток финансирования программ социальной помощи ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом людей. Затем идут кадровые проблемы. Большинство СПИД-центров в российских регионах не имеют в своем штате социальных работников, во многих СПИД-центрах имеется психолог, но его функции по оказанию социальной помощи чрезвычайно ограничены.

Среди других трудностей, связанных с социальной работой с ВИЧ-инфицированными, множество морально-этических конфликтов. Большинство клиентов данной категории принадлежат к социальным группам, демонстрирующим неодобряемое в обществе поведение (потребители инъекционных наркотиков, проститутки, гомосексуалисты), отсюда возможные конфликты между социальными нормами и ценностями, которых придерживается социальный работник, и поведением клиента. Для предотвращения подобных ситуаций требуется специальный ценностно-ориентированный тренинг социальных работников.

Распространенные в обществе мифы и стереотипы по поводу СПИДа присущи и социальным работникам, в результате чего у многих возникает страх и нежелание работать с ВИЧ-инфицированными и членами их семей. Поэтому прежде всего необходи-

ма образовательная подготовка самих социальных работников по клиническим и практическим вопросам, связанных со СПИДом. Для поддержания и сохранения психологического здоровья социальных работников требуется создание специальных групп поддержки во всех социальных организациях, обслуживающих ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, которые должны помочь социальным работникам справляться со страхом, преодолевать собственные предрассудки по поводу СПИДа, психологически готовиться к возможной смерти клиента. Таким образом, развитие системы социальных услуг для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом клиентов требует решения вопроса о специальном тренинге и защите (включая меры психологической защиты) самих социальных работников.

Система социального обслуживания в целом, безусловно, отражает уровень социально-экономического развития страны, традиционные социальные нормы и культурные ценности, проводимую государственную политику в отношении превенции СПИДа. Но и в странах с многолетней и достаточно успешной практикой социальной работы с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом остается множество нерешенных правовых и этических проблем. Мы рассмотрим опыт Соединенных Штатов Америки, где сложилась одна из наиболее эффективных систем социальной помощи данной группе населения.

В США практически все полномочия в области социальной политики, связанной со СПИДом, как исполнительные, так и законодательные, переданы на уровень штата. И хотя не существует единой модели, распространенной по всей Америки, все же большинство штатов пошли по пути организации единых крупных центров ресурсов для оказания социально-медицинских услуг ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Подобная модель позволяет аккумулировать значительные средства в одних руках, что дает возможность их более эффективного использования и, кроме того, клиенты могут получить большинство необходимых услуг в одном месте. Финансирование подобных центров осуществляется в основном из федерального бюджета и бюджета штата и негосударственных фондов.

В основе деятельности подобных Центров — функционирование различных программ по предоставлению определенных услуг, чаще всего бесплатно, ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом - жителям штата. Среди основных можно выделить программы медицинских услуг, психологической помощи, социального обслуживания. Медицинская программа предлагает: традиционную медицинскую по-

мощь; медикаментозный менеджмент, т.е., помощь клиентам в преодолении трудностей и негативных последствий употребления лекарственных препаратов (обычно с использованием индивидуального и группового консультирования); стоматологическое обслуживание; услуги нетрадиционной медицины (массаж и иглоукалывание); лечение алкоголизма и наркомании. Клиент может получить профессиональную помощь и в другом медицинском учреждении; в этом случае ему полагается денежная компенсация. Программа психического здоровья (в которой работают психиатры, психологи, социальные работники, профессиональные волонтеры) включает в себя консультирование всех уровней: индивидуальное, парное, семейное, групповое; работу в группах поддержки; консультирование по вопросам алкоголизма и наркомании и, конечно, ВИЧ- тестирование и консультирование по поводу СПИДа.

В рамках социальной помощи клиентам предлагается помощь в получении государственных пособий в связи с ВИЧ-позитивным статусом и дополнительные материальные льготы, в том числе обеспечение продуктами. Специальные программы ресурсных СПИД- центров занимаются предоставлением жилья ВИЧ-инфицированным и их семьям. Поскольку среди этой группы населения большинство лиц с низким доходом, государственная политика США направлена на расширение этого направления деятельности СПИД-центров. Многие Центры ресурсов по СПИДу (за последние 5 лет более, чем в 20 штатах) получили от федерального департамента городского и жилищного строительства гранты для обеспечения жильем ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом, страдающим зависимостью от алкоголя или наркотиков или имеющих различные психические заболевания. Этим группам населения наиболее трудно сохранить или получить социальное жилье (по правилам многих штатов, например, наркозависимые, отказывающиеся от лечения, не имеют права на социальное жилье), и среди них значительное количество бездомных. Такие жилищные программы направлены на апробацию модели по поддержанию изменений жизненного стиля и преодоление алкогольной и наркотической зависимости, психических заболеваний у ВИЧ-инфицированных, что невозможно без стабильной обстановки, приемлемых жилищных условий. Данные программы предполагают не только предоставление качественного недорогого жилья и частичную компенсацию оплаты аренды, но профессиональную социальную и медицинскую помощь, которая оказывается по месту жительства на регулярной основе (первый год — обязательные ежедневные консультации клиента со специалистами, второй год — один раз в неделю).

Другое чрезвычайно важное направление социального обслуживания — юридическая помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. СПИД поставил множество проблем перед правовой системой общества. С момента выявления этой болезни началась жесткая дискриминация людей, зараженных СПИДом, которая выражалась, прежде всего, в уволь-

нении с работы, в не предоставлении жилья (или аренды жилья), в отказе в медицинском страховании, в непредоставлении ряда обязательных социальных услуг, в лишении детей, больных СПИДом, права посещать школу, и т.д.

Все это потребовало разработки законов, защищающих гражданских права больных СПИДом. Кроме того, в ряде стран были приняты специальные правовые акты или поправки к уже существующим законам, связанные с признанием больных СПИДом нетрудоспособными гражданами, что в свою очередь гарантирует этой категории населения получение определенной материальной и социальной помощи от государства. В ряде регионов США с высоким уровнем заболеваемости СПИДом были созданы организации, призванные защищать права граждан, больных СПИДом. Например, в Нью-Йорке при Комиссии штата по правам человека был учрежден Центр Дискриминации, связанной со СПИДом (AIDS Discrimination Unit), задачей которого является, прежде всего, рассмотрение жалоб по нарушению гражданских прав.

Однако, как показывает опыт западных стран, принятие антидискриминационных законов не решает всех проблем. Например, в Соединенных Штатах более 2/3 штатов приняли подобные законы, но почти половина из них не выходит за рамки вопросов, связанных с работой и жильем. Лишь немногие штаты приняли законы, затрагивающие проблемы образования, страхования, предоставления кредитов больным СПИДом. И практически ни один закон не рассматривает дискриминацию здоровых людей, находящихся в условиях так или иначе, связанных со СПИДом (например, членов семьи больного СПИДом).

В последние годы в США наметилась тенденция пересмотра уже принятых законодательных актов в сторону ужесточения условий предоставления ВИЧ-инфицированным социальных пособий и услуг. Причиной тому стали практикуемые современные методы лечения, которые позволяют значительно продлевать продолжительность жизни больных СПИДом. При этом нужно отметить, что большинство социальных Центров Америки имеют достаточные полномочия в проведении собственной политики социального обслуживания при условии, что она не противоречит действующему законодательству. Поэтому многие из них придерживаются определения нетрудоспособности как ухудшение физического или психического здоровья, ведущего к значительному ограничению хотя бы одного из основных видов жизнедеятельности. И потому для получения всех необходимых видов услуг в ресурсных СПИД центрах, в том числе правовых, достаточно лишь подтверждения положительного ВИЧ-статуса.

В России в настоящее время проблема дискриминации в рассматриваемом контексте не ощущается так остро. Основным документом, определяющим правовой статус больных СПИДом, является Федеральный Закон от 30 марта 1996 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита чело-

века (ВИЧ-инфекции)». Помимо общих положений о заболевании СПИДом Закон включает положения о медицинской помощи ВИЧ инфицированным, об их социальной защите ВИЧ-инфицированных и членов их семей, несовершеннолетних — ВИЧ-инфицированных, социальной защите лиц, подвергшихся риску заражения при исполнении своих служебных обязанностей. Закон прямо содержит запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных. «Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ инфицированных» (статья 17). Нужно отметить, что данный Закон в отношении вопросов социальной защиты более прогрессивен, чем аналогичные законы многих западных стран, однако, как это часто у нас бывает, отсутствуют механизмы его реализации. В США правовая помощь является неотъемлемой частью общего комплекса социальной защиты.

Возвращаясь к американским СПИД-центрам, отметим, что деятельность социальных работников основана на использовании метода ситуационного менеджмента (*case management*). Американская модель социальной работы в целом строится именно на этом подходе. Ситуационный менеджмент, являясь современным и долгосрочным методом, традиционно был адресован трем основным группам клиентов. Во-первых, клиентам с хроническими заболеваниями; во-вторых, клиентам, нуждающимся в разнообразных видах услуг; и в-третьих, клиентам, имеющим потребность в систематическом доступе к необходимым услугам. Эта же модель действует в социальной работе с ВИЧ-инфицированными клиентами, иными словами, социальная работа с ними основана на управлении ситуацией, вызванной наличием у человека ВИЧ-инфекции. В этом контексте ситуационный менеджмент можно определить как подход по обеспечению своевременными услугами, связанными с комплексом потребностей клиента, на основе использования всех имеющихся в данном сообществе ресурсов, с тем, чтобы сохранить способность индивида как можно дольше выполнять выбранные им самим функции. Принципиальным моментом является то, что ситуационный менеджмент предполагает активное участие самого клиента или его представителей в решении проблемных ситуаций.

Данный метод формализован и основан на стандартах, которые разрабатываются и утверждаются в каждом штате самостоятельно и на сегодняшний день входят в число основных документов, регулирующих деятельность социальных работников в этой сфере.

Необходимость существования государственных стандартов, рассматривается как средство обеспечения квалифицированного сервиса и его реализации по всему штату и, кроме того, как средство постоянного развития самого метода ситуационный менеджмента.

С учетом того, что ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом клиентам обычно требуется целый комплекс медицинских и социальных услуг, одна из основных задач, стоящих перед социальным работником-менеджером, состоит в том, чтобы связать системы социального и медицинского обслуживания, организовать или скоординировать получение услуг в различных социальных и медицинских службах. То есть, в данной модели роль социального работника это — прежде всего, роль посредника и координатора, хотя, согласно тем же стандартам, социальный менеджер может дополнительно выполнять и другие функции: вмешиваться в кризисную ситуацию; вести переговоры и защищать клиента при получении им услуг в других организациях; информировать и консультировать клиента относительно ВИЧ/СПИДа; оказывать психологическую помощь, как самим клиентам, так и членам их семей. Кроме того, в зависимости от своей квалификации, социальный работник может выполнять определенные краткосрочные услуги, если на данный момент таковые не предоставляются другими социальными службами.

Процесс ситуационного менеджмента обязательно включает в себя следующие стадии: 1) прием клиента; 2) подробное интервьюирование клиента и оценка ситуации на основе полученной информации; 3) разработки плана обслуживания; 4) мониторинг и оценка разработанного плана; 5) повторный опрос клиента и внесение необходимых изменений в план обслуживания; 6) исполнение плана.

В число основных целей ситуационного менеджмента, связанного с ВИЧ-инфекцией входят интеграция различных услуг; сохранение независимости клиента и улучшение качества его жизни; информирование клиента по вопросам СПИДа и здоровья; пропаганда нерискованного поведения. Важным моментом является философия данного метода, основанная на признании прав любого клиента, независимо от его образования, социального положения, и т.п., на качественный уровень жизни: неприкосновенность частной жизни; конфиденциальность; самостоятельность клиента в принятии решений; отсутствие дискриминации, в том числе связи с ВИЧ-положительным статусом; право на заботу, сострадание, неосуждение поведения клиента; право на уважение и достоинство; право на получение квалифицированного медицинского и социального обслуживания.

Отдельная часть стандартов ситуационного менеджмента регулирует деятельность персонала. Социальный работник-менеджер должен обладать определенной квалификацией; иметь как минимум степень бакалавра в социальных науках, желательно в области социальной работы, и опыт практической работы в социальных службах (минимальный срок — один год). Деятельностью социального работника руководит наставник, который еще и обеспечивает поддержку социальному работнику в работе с ВИЧ-инфицированными. Сам руководитель должен иметь опыт по обеспечению услуг больным СПИДом или другими хроническими заболеваниями, быть знакомым с местными социальными службами, знать все

имеющиеся и потенциальные ресурсы, которые могут быть использованы при обеспечении услуг клиенту. Ситуационный менеджмент требует составления определенной документации, регулярных отчетов, и это тоже входит в обязанности социального работника — менеджера.

В США каждая социальная служба устанавливает свою политику и правила по получению срочной неотложной помощи во внерабочие часы агентства. Но при этом всегда соблюдаются два основных принципа. 1) Любому клиенту должна быть доступна срочная социальная или медицинская помощь в любое время суток. 2) Социальный работник имеет право на частную жизнь, поэтому его домашний телефон и адрес, по общему правилу, не сообщаются ни клиенту, ни членам его семьи. При этом в его обязанности социального менеджера входит довести до сведения своего клиента установленные процедуры получения помощи в чрезвычайной ситуации, 24 часа в сутки и обеспечить ресурсы для ее получения.

Социальный работник, придя в организацию, работающую с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом клиентами, обязательно проходит первичный тренинг, который включает в себя обзор политики социальной службы, знакомство с необходимыми материалами, которые, как правило, выдаются работнику; обзор стандартов, принятых в данной области социальных услуг; практический тренинг, который включает совместный разбор и анализ конкретных случаев новым работником и его руководителем; знакомство с имеющимися ресурсами, как самого агентства, так и других социальных институтов; получение информации по деятельности различных государственных, негосударственных фондов, финансирующих социальные программы помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом; получения изучения требований, предъявляемые к составлению отчетов и другой документации; и, конечно, первичный тренинг должен включать в себя разнообразную информацию, связанную со СПИДом. Социальный работник проходит первичный тренинг до начала работы с клиентами. Но и в дальнейшем государственные стандарты требуют регулярный тренинг по вопросам политики данной социальной службы, современной практикой социальной работы, улучшения навыков менеджера, развития ресурсов сообщества, образования в области ВИЧ/СПИДа.

Одним из неприкосновенных правил деятельности любой организации, обслуживающей ВИЧ-инфицированных людей, является правило строгой конфиденциальности в отношении информации о клиенте. Агентство разрабатывает правила хранения такой информации, обычно в виде файлов, и соответствующие меры безопасности. Однако с вопросом о правах клиента на соблюдение конфиденциальности тесно связан другой комплекс практических и правовых проблем: защита права окружающих не быть зараженными. Практически во всех странах (в т.ч. в России) закон предусматривает наказание за заражение СПИДом в случае, когда больной, зная свой статус, скрывает его от партнера и вступает в сексуаль-

ные отношения, которые приводят к заражению партнера. Однако на практике очень сложно обеспечить права партнеров больных СПИДом. Во-первых, люди прошедшие ВИЧ тестирование и получившие положительный результат не обязаны называть своих сексуальных партнеров (в том числе супругов). Во-вторых, в силу конфиденциальности информации о заболевании СПИДом, ни врач, ни представители социальных служб, не имеют права раскрывать ее партнерам ВИЧ-инфицированного. И, наконец, в определенных условиях, бывает просто невозможно следовать практике безопасного секса (например, такая ситуация часто возникает во многих тюрьмах, где на сегодняшний день не решена проблема раздачи бесплатных презервативов).

Во время консультирования ВИЧ-инфицированного клиента социальный работник должен настаивать на том, чтобы клиент раскрывал свой статус сексуальным партнерам и, в первую очередь, постоянным и использовал презервативы во время каждого полового акта. Однако ситуации, когда клиент отказывается информировать партнера (а это может быть и супруг/а) и не позволяет никому другому это сделать — не редкость. Почти во всех штатах Америки для разрешения подобных ситуаций были приняты специальные программы по идентификации партнера. Но в любом случае, именно от социального работника требуется особое умение управлять ситуацией, принимая решения, которые не навредили бы клиенту и в то же время предотвратили бы возможность заражения от этого клиента.

Анализ всей действующей в США системы социального обслуживания ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом клиентов показывает, что в ее центре находятся социальные программы, принимаемые и действующие на всех уровнях, начиная с федерального и заканчивая уровнем местных или региональных организаций. Принцип социальных программ или социальных проектов имеет ряд важных преимуществ; во-первых, социальные программы позволяют аккумулировать средства из различных источников, направляя их на решение единых проблем, во-вторых, принцип функционирования программ предполагает целевое использование средств; в-третьих, реализуемые чаще всего через негосударственные организации социальные программы находятся, тем не менее, под контролем государственных органов, что позволяет, обеспечивать целевое использование ресурсов и необходимый профессиональный уровень медицинских и социальных услуг; в-четвертых, программа является достаточно гибким и динамичным механизмом, что дает возможность вносить в случае необходимости определенные изменения тем самым достигая более эффективного использования средств и ресурсов социальных служб. В ряде штатов, например в Коннектикуте, программы по СПИДу входят в структуру законодательных органов штата, и это помогает формировать грамотную политику в области профилактики СПИДа.

Принципы развития программ устанавливаются также принятыми стандартами. Основными из них,

действующими во многих Центрах ресурсов по СПИДу, являются 1) принцип систематического планирования; 2) принцип постоянного взаимодействия персонала Центра с другими правительственными и общественными организациями, связанными со СПИДом; 3) регулярный (не реже одного раза в год) пересмотр программы, который предусматривает совместный анализ программы менеджерами и их руководителями, в первую очередь, с целью выяснения степени удовлетворенности клиента сервисом, обеспечиваемым через связанные со СПИДом программы и внесения требуемых изменений для более полного удовлетворения потребностей клиента; 4) поощрение деятельности «совещательных групп». (такие группы, состоящие их клиентов, т.е. представляющие обслуживаемое население, встречаются на регулярной основе, обсуждают получаемый ими сервис, дают советы и рекомендации относительно выполнения социальных программ, эти рекомендации документируются и доводятся до сведения всего персонала); 5) ежегодный отчет менеджера, в котором дается оценка проделанной работы, исходя из предписанных обязанностей и рабочих планов; представляемый отчет должен также включать потенциальные возможности развития для менеджера (тренинг, материалы, психологическая поддержка и др.) и планы на будущее; поставленные цели должны быть соотнесены с конкретным временем их исполнения; отчет предоставляется в письменном виде и находится у менеджера программы и его руководителя; 6) ежегодный отчет руководителя перед вышестоящими органами и финансирующими программу организациями.

Американская модель организации социального обслуживания ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом клиентов, достаточно успешна, чтобы пытаться адаптировать ее к Российским условиям.

В России в настоящее время деятельность в сфере социальной помощи, связанной с ВИЧ/СПИДом, сталкивается с рядом серьезных проблем: чрезвычайно ограниченные финансовые возможности; ориентация многих программ, в частности по снижению вреда, на западного спонсора, что ведет в сильной зависимости в проведении политики организации; недостаток людских ресурсов и часто отсутствие необходимого образования и опыта у сотрудников; неопределенность правового регулирования деятельности негосударственных организаций в социальной сфере (в частности до сих пор не решен вопрос о лицензировании деятельности социального работника).

Во многих регионах социальная помощь людям с ВИЧ-статусом преимущественно находится в руках негосударственных организаций. И, хотя деятельность НГО в этой области можно только приветствовать, они не в состоянии удовлетворить существующие социальные потребности как ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, так и представителей так называемых групп рискованного поведения (в первую очередь, потребителей инъекционных наркотиков). С учетом того, что эти потребности в ближайшее время будут возрастать, становится очевидной

необходимость развития государственной системы социального обслуживания, связанного с ВИЧ/СПИДом, которая должна включать в себя функционирующие на местном или региональном уровне государственно-административные органы, осуществляющие комплексное руководство в этой области и обладающие правом законодательной инициативы.

И последний вопрос, который нельзя не затронуть, говоря о СПИДе и социальной работе, — это вопрос о профессиональной подготовке специалистов для системы социального обслуживания ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом клиентов. Данная проблема повсеместно стоит достаточно остро. В США в начале эпидемия СПИДа в 1988-89 гг. были проведены исследования, которые показали, что 80% социальных работников отказались бы обслуживать людей больных СПИДом, а 75% членов Национальной ассоциации социальных работников не видели никакой профессиональной необходимости в специальных знаниях о СПИДе.

Конечно, за последнее десятилетие ситуация в отношении обслуживания ВИЧ-инфицированных изменилась, но в вопросе подготовки социальных работников для этой сферы существенного прогресса пока мы не наблюдаем. Проведенные в Санкт-Петербурге исследования показали, что большинство социальных работников, работающих ВИЧ-инфицированными клиентами, не получили специального профессионального образования. Их профессиональная деятельность, как правило, основывается на личном опыте, чаще всего связанным с болезнью родственников или близких, и на краткосрочном тренинге по месту работы. Обзор учебных программ ряда ведущих школ социальной работы также показывает, что в них отсутствуют учебные курсы, непосредственно дающие знания по организации и реализации социального обслуживания клиентов, больных СПИДом.

Конечно, в силу междисциплинарности самого феномена СПИДа, готовить специалистов для социальной сферы, связанной с этим заболеванием достаточно сложно. Но следует заметить, что и сама по себе социальная работа носит междисциплинарный характер. Учебные программы по социальной работе включают в себя курсы по социологии, психологии, медицине, вопросам здравоохранения и др. Поэтому можно ожидать, что подготовка специалистов для сферы социального обслуживания ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом должна осуществляться в первую очередь на факультетах и отделениях социальной работы. Это потребует включение в программу для студентов, выбравших данное направление, основ эпидемиологии СПИДа (с фокусом на моделях трансмиссии, механизмов превенции, процедур инфекционного контроля), основ законодательства, связанного со СПИДом. Знание основных методов социальной работы (таких как кризисное вмешательство, проблемно-ориентированный подход, работа с семьей и др.) должно быть расширено с учетом специфики работы с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом, то же самое касается основных психологических методов работы с клиентом (индивиду-

альное, групповое консультирование и др.), отдельного внимания требуют этические проблемы работы с данной категорией клиентов и направление, связанное с социальными исследованиями в области СПИДа. Значительные образовательные и исследовательские перспективы в области ВИЧ/СПИДа открываются в связи с деятельностью Центра Превентивных технологий СПИДа, организованного совместными усилиями Санкт-Петербургского государственного университета, Биомедицинского Центра и Школы общественного здоровья Йельского университета (США). Центр использует научный потенциал

Санкт-Петербургского государственного университета, Биомедицинского Центра, а также крупнейших учебных и научно-исследовательских центров США и Европы. Другим значительным шагом в образовательной сфере стала разработка программы по специальности «общественное здоровье» в Санкт-Петербургском государственном университете, открытие которой планируется на 2004-2005 учебный год. Таким образом, есть все основания ожидать в ближайшее время позитивных изменений, по крайней мере, в сфере подготовки кадров для социального обслуживания ВИЧ-инфицированных клиентов.

### *Литература*

1. Закон РФ от 30 марта 1996 г. "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"
2. Козлов А.П. Неопределенность, норма и профилактическое вмешательство в биосоциальных явлениях.//Русский журнал ВИЧ/СПИД и родственными проблемами. 1999. Т.3. стр.7-8.
3. Бородкина О.И., Лаврова А. Вопросы социально-психологической помощи ВИЧ-инфицированным лицам.// Русский журнал ВИЧ/СПИД и родственными проблемами. 2002,Т.6. № 1, стр. 132-133.
4. Djaz Y.E., Kelly J.A. AIDS-Related Training in U.S. Schools of Social Work. In: Social Work. Vol. 36. No 1. P.38.
5. Kalichman S.C. Preventing AIDS/ Sourcebook for Behavioral Interventions/London 1998.
6. Preventing AIDS Theories, Methods and Behavioral Intervention /Ed.by R.Di Clemente. New York, 1994.