

## ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРАКТИКА

УДК 159.9+614.445+316.6

**Мультидисциплинарная программа профилактики инфекций, передаваемых половым путем: разработка, реализация, оценка эффективности\****Т. В. Красносельских<sup>1</sup>, А. В. Шаболтас<sup>2</sup>, Р. В. Скочилов<sup>2</sup>, Г. Е. Ураева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Российская Федерация, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

**Для цитирования:** Красносельских Т. В., Шаболтас А. В., Скочилов Р. В., Ураева Г. Е. Мультидисциплинарная программа профилактики инфекций, передаваемых половым путем: разработка, реализация, оценка эффективности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. Вып. 2. С. 166–181. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu16.2018.205>

*Проблематика исследования.* Негативную роль в развитии эпидемической ситуации с заболеваемостью инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), играет высокий уровень распространенности поведенческих рисков в сфере здоровья в социально уязвимых группах населения. Среди пациентов венерологических отделений кожно-венерологических диспансеров (КВД) имеются как представители таких ядерных групп эпидемии, так и их сексуальные партнеры, являющиеся проводником ИППП в общую популяцию («группа-мостик»). И те, и другие должны стать «мишенью» для превентивных вмешательств, направленных на коррекцию рискованного поведения. *Цель исследования* — разработка, реализация и оценка эффективности мультидисциплинарной профилактической программы, направленной на коррекцию рискованного поведения, связанного с заражением и передачей ИППП, применявшейся в работе с группой пациентов венерологического отделения одного из районных кожно-венеро-

\* Представленные результаты были получены при поддержке грантов:

5K01AF17389-04 “Alcohol and HIV Risk Reduction in St. Petersburg, RF” («Снижение риска инфекций, передающихся половым путем, среди лиц, употребляющих алкоголь, в Санкт-Петербурге, РФ») Национального института по изучению злоупотребления алкоголем и алкоголизма США (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA);

15-06-10506 «Комплексная дистантная программа профилактики социально значимых заболеваний: психологические и медицинские основы разработки и оценка эффективности» Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ).

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2018

логических диспансеров Санкт-Петербурга. *План исследования.* Основой интервенции было индивидуальное консультирование, включавшее три неотъемлемых компонента: информирование о рисках и превентивных возможностях, мотивирование к изменению поведения и формирование навыков предохранительного поведения. *Результаты.* Факторами, влияющими на реализацию рискованного или, напротив, предохранительного поведения в отношении заражения ИППП и, следовательно, значимыми для разработки и проведения профилактических вмешательств, являлись: пол, рискованное употребление алкоголя, употребление наркотиков, негативное психоэмоциональное состояние (выраженность тревожности и депрессии), подверженность насилию со стороны половых партнеров, особенности социального окружения и принятые в нем социальные нормы. Участие пациентов в профилактической программе, основанной на модели «информация — мотивация — поведение», позволило существенно уменьшить риск заражения ИППП, связанный с употреблением алкоголя и сексуальными практиками. *Выводы.* Профилактическая программа, основанная на модели «информация — мотивация — поведение», может быть рекомендована для использования в практике работы учреждений венерологического профиля. Для ее успешной реализации необходимо создавать в таких учреждениях мультидисциплинарные команды специалистов.

*Ключевые слова:* инфекции, передаваемые половым путем, заболеваемость, рискованное сексуальное поведение, рискованное употребление алкоголя, модель *информация — мотивация — поведение*, мультидисциплинарный подход к профилактике, профилактические интервенции.

## Введение

С начала 1990-х годов в Российской Федерации регистрируется высокий уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Согласно официальной статистике, в 2016 г. заболеваемость составила 159,5 случаев на 100 тыс. населения [1]. Между тем реальный показатель заболеваемости, по мнению большинства экспертов, как минимум в 1,5–2 раза выше. Обращение пациентов за медицинской помощью в коммерческие медицинские организации, не ведущие должного статистического учета, и широкая распространенность самолечения ведут к недооценке числа случаев ИППП и искажению показателя заболеваемости [2].

Уникальной особенностью ИППП является то, что заражение ими почти полностью определяется поведенческими факторами. ИППП служат индикатором распространенности рискованного сексуального поведения в популяции. Основную роль в этом играют определенные группы населения, характеризующиеся высоким уровнем поведенческого риска заражения. Это социально уязвимые субпопуляции: трудовые мигранты, лица без определенного места жительства, работники коммерческого секса и их клиенты, женщины, подвергающиеся насилию, подростки с девиантным поведением и др. [3]. С учетом существенной роли поведенческих факторов в распространении ИППП традиционный диспансерный подход к их выявлению и профилактике, преобладающий в практике работы учреждений венерологического профиля, целесообразно дополнять интервенциями, направленными на коррекцию психологических и поведенческих аспектов рискованного поведения. Для работы с представителями перечисленных ядерных групп лучше всего подходят учреждения венерологического профиля, женские и подростковые

консультации, центры помощи трудовым мигрантам, реабилитационные и кризисные центры, приюты и др. Очевидно, что для разных уязвимых субпопуляций требуются разные модели превентивных вмешательств, направленных на коррекцию рискованного поведения.

Нами в качестве целевой группы для разработки мультидисциплинарной профилактической программы были выбраны пациенты венерологического отделения (ПВО) одного из районных кожно-венерологических диспансеров (КВД) Санкт-Петербурга. *Целью исследования* стала разработка, реализация и оценка эффективности мультидисциплинарной профилактической программы, направленной на коррекцию рискованного поведения, связанного с заражением и передачей ИППП. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие *задачи исследования*:

1. Изучить гендерные особенности поведения, способствующего заражению ИППП, в целевой группе.
2. Выявить особенности сексуального поведения ПВО, их установки в отношении защищенного секса.
3. Оценить влияние употребления психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков) на риск заражения ИППП.
4. Определить особенности психоэмоционального статуса представителей целевой группы, влияющие на уровень рискованного поведения с точки зрения заражения ИППП.
5. Оценить распространенность насилия в межличностных отношениях сексуальных партнеров и взаимосвязь между насилием и поведенческими рисками инфицирования ИППП.
6. Разработать адресную профилактическую поведенческую программу, основанную на мультидисциплинарном подходе, провести ее апробацию и оценку эффективности с точки зрения влияния на характеристики рискованного поведения, психологическое самочувствие, поведенческие установки и уровень заболеваемости ИППП.
7. Предложить практические рекомендации по организации превентивных мероприятий для венерологических учреждений, а также для организаторов здравоохранения.

## Материалы и методы

Местом проведения исследования стал центр для приема, проведения интервью, консультирования и сопровождения ПВО, специально организованный на базе КВД. Для привлечения участников использовали различные технологии: предоставление информации о проекте лечащими врачами диспансера своим пациентам; распространение печатной информации об исследовании в помещениях КВД (плакаты, буклеты, листовки); набор через социальные сети самих участников в соответствии со стратегией «снежного кома», когда каждому пришедшему в исследовательский центр человеку предлагали пригласить своих партнеров, друзей или знакомых.

Исследование в группе ПВО проводили в два этапа. На первом (кросс-секционном) этапе в исследование включали лиц старше 18 лет, обращавшихся на

прием к венерологу с целью обследования на ИППП (независимо от наличия жалоб в момент обращения). Не допускали к участию лиц, обращавшихся в КВД с целью рутинного профилактического осмотра, получения разного рода справок о состоянии здоровья и не имевших жалоб со стороны мочеполовой системы. В кросс-секционном этапе исследования приняли участие 457 ПВО. В ходе него были изучены социально-демографические особенности группы, сексуальное поведение, употребление наркотиков, роль алкоголя как фактора риска передачи ИППП (мотивация, обстоятельства употребления, установки в отношении алкопотребления, взаимосвязь употребления алкоголя с рискованным сексуальным поведением), уровень информированности об ИППП, индивидуальные установки в отношении снижения поведенческого риска, опыт перенесенного насилия со стороны сексуальных партнеров. С этой целью использовали специально разработанные структурированные опросники. На основе анализа медицинской документации была получена информация о распространенности ИППП в группе.

Для диагностики рискованного алкопотребления применяли тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT). Тест AUDIT — широко используемый и надежный инструмент, разработанный специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с целью диагностики рискованного, или опасного, алкопотребления, алкогольной зависимости и алкоголизма [4; 5]. Для оценки психологического самочувствия участников исследования были использованы базовые психологические тесты, направленные на оценку выраженности депрессии и тревоги, — шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) [6] и краткая шкала оценки общей тревожности, или генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder 7, GAD-7). Шкала CES-D, предназначенная для выявления депрессивных состояний, — один из наиболее часто используемых инструментов в эпидемиологических исследованиях. Надежность, высокая чувствительность и специфичность CES-D были подтверждены в ходе исследования, проведенного в России [7]. Шкала GAD-7 была разработана в качестве скринингового инструмента для диагностики вероятных случаев генерализованного тревожного расстройства и оценки его тяжести. Его чувствительность составляет 89 %, а специфичность — 82 % [8].

В ходе кросс-секционного этапа исследования были определены критерии включения участников в лонгитюдный этап проекта и разработан сценарий профилактической программы, адаптированный к социально-демографическим, культурным и поведенческим особенностям данной группы.

В ходе второго, когортного (лонгитюдного), этапа исследования было завершено клиничко-эпидемиологическое и поведенческое исследование целевой группы, а также оценена эффективность разработанной поведенческой интервенции с точки зрения снижения риска заражения ИППП среди ПВО. Эффективность вмешательства оценивали по следующим параметрам: 1) уменьшение количества половых партнеров; 2) снижение частоты рискованных сексуальных практик, связанных с употреблением алкоголя, и 3) увеличение частоты использования презервативов (основные эффекты). В качестве дополнительных эффектов интервенции учитывали повышение уровня информированности ПВО об ИППП, формирование желательных поведенческих установок и навыков в отношении защищенного

секса, улучшение психологического самочувствия респондентов. Чтобы продемонстрировать значимое изменение перечисленных показателей в экспериментальной (интервентной) группе исследования (ЭГ) по сравнению с контрольной (КГ), для участия в когортной стадии исследования отбирали только ПВО, практиковавших незащищенный секс с несколькими партнерами или с одним, но непостоянным партнером в течение предшествующих трех месяцев. Не допускали к участию в когортной стадии исследования лиц, не имевших половых контактов без презерватива в течение предшествующих трех месяцев, а также имевших в течение последних трех месяцев незащищенные половые контакты только с одним постоянным партнером.

Всего в когортной стадии исследования приняли участие 307 ПВО, путем рандомизации 154 участника были включены в ЭГ и 153 — в КГ. С участниками, включенными в ЭГ, проводили индивидуальное собеседование (консультирование) общей продолжительностью 60–90 минут. Поведенческая интервенция, проводившаяся в ЭГ, была основана на модели «информация — мотивация — поведение», разработанной J. D. Fisher и W. A. Fisher [9], согласно которой структура вмешательства, направленного на снижение поведенческого риска, должна включать три обязательных компонента, которые определяют предохранительное поведение индивида: информирование о рисках, мотивирование к изменению поведения и формирование желаемых поведенческих навыков. Данная модель вмешательства, ранее апробированная в условиях венерологических клиник США и Южной Африки [10; 11], была адаптирована с учетом социальных и культурных особенностей России. При этом основная структура вмешательства не претерпела изменений, однако был существенно модифицирован круг вопросов, обсуждавшихся во время каждого из трех этапов интервенции, внесены поправки в демонстрационные и справочные печатные материалы, с тем чтобы они соответствовали особенностям группы лиц, посещающих российские венерологические учреждения. В частности, большое внимание уделялось употреблению алкоголя как основному триггерному механизму рискованного сексуального поведения.

Информационно-образовательная часть вмешательства (около 15 минут) была сфокусирована на предоставлении сведений о проявлениях ИППП, путях их передачи и факторах, способствующих заражению, корректировке ошибочных представлений («мифов») об ИППП, распространенных в группе ПВО.

Мотивационная часть вмешательства (приблизительно 15 минут) была основана на методологии мотивационного интервью, разработанной W. R. Miller и S. Rollnick [12]. Она включала идентификацию и обсуждение индивидуальных ситуаций и стимулов, провоцирующих рискованное поведение («триггеров»), повышение готовности и намерения снизить уровень поведенческого риска. В качестве триггеров рассматривали употребление алкоголя, других психоактивных веществ (ПАВ), определенную окружающую обстановку (место, группу людей), особенности эмоционального настроения, особенности полового партнера и др. Участникам предлагали подумать о способах влияния на триггерные механизмы с тем, чтобы снизить индивидуальный риск. Обсуждали способы уменьшения негативного воздействия среды и стратегии перестройки сексуального поведения в сторону менее рискованных практик, использования презервативов и отказа от половых контактов в состоянии опьянения.

Заключительная часть интервенции (примерно 30 минут) — формирование навыков предохранительного поведения — была основана на программе когнитивно-поведенческого тренинга по снижению риска заражения, разработанной J. A. Kelly и соавторами [13; 14]. Она была посвящена активному обучению участников навыкам отказа от употребления ПАВ, самоконтролю и саморегуляции поведения в ситуациях, провоцирующих влечение к ПАВ («контролю стимулов»), обучению основам безопасного поведения в области сексуальных отношений, в частности формированию навыков коммуникации с партнером на тему защищенного секса, а также правильному и систематическому использованию презервативов. Для выработки навыков предохранительного поведения и облегчения внедрения их в реальную жизнь участников применяли методологию ролевых игр. Ролевая игра — это моделирование действий и отношений людей в реальной или вымышленной ситуации с целью развития коммуникативных навыков, накопления опыта, преодоления страхов, снятия эмоционального напряжения. Тематика ролевых игр во многом зависела от выявленных триггерных факторов, провоцирующих рискованное поведение индивида. Кроме рассмотрения гипотетических ситуаций, участникам нередко предлагали отработать навыки коммуникации и предохранительного поведения на примере реальных ситуаций из их жизни, когда они подвергались риску заражения ИППП [15].

В соответствии с этическими требованиями, предъявляемыми к исследованиям превентивных программ в отношении социально-значимых заболеваний, участники КГ получали печатные информационные материалы, содержавшие сведения об ИППП/ВИЧ, путях их передачи и риске заражения, связанном с употреблением алкоголя. Таким образом, участникам из КГ была доступна информация по профилактике ИППП, но устно она не обсуждалась, инструктирование и упражнения по правильному использованию презервативов не проводились.

Все участники когортной стадии исследования сопровождалась в течение полугода. Было предусмотрено два обязательных контрольных исследовательских визита — через 3 и 6 месяцев после включения в когорту. Во время этих визитов участники повторно заполняли опросники поведенческого риска.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа — Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 15.0.1 и 21 (IBM, США). Применяли общепотребительные методы параметрической и непараметрической статистики. Значимость различий между группами оценивали:

- по двум качественным показателям — с помощью  $\chi^2$ -критерия Пирсона;
- по количественному/порядковому и качественному показателям — с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок (при нормальном распределении данных) или U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни (для данных, не соответствовавших нормальному распределению);
- по количественным показателям или количественному и порядковому показателям — с помощью корреляционного анализа (коэффициентов корреляции  $r$  Пирсона,  $\rho$  Спирмена и  $\tau$  Кендалла).

При описании взаимоотношений друг с другом качественных переменных оценивали отношение шансов — показатель, представляющий собой отношение вероятности события в одной группе к вероятности события в другой группе,

или отношение шансов того, что событие произойдет, к шансам того, что событие не произойдет. Оценка отношения шансов и доверительного интервала с надежностью 0,95 позволяла проверить гипотезу о влиянии того или иного фактора риска на две группы лиц.

Для проверки гипотезы об изменении рискованного поведения участников когорты в процессе превентивного вмешательства (снижении частоты использования рискованных практик) применяли критерий Фридмана (для порядковых переменных) и критерий Кохрена (для дихотомических переменных). Если обнаруживались значимые изменения поведенческих характеристик, выраженных порядковыми переменными, в трех зависимых выборках, с целью оценки направленности и интенсивности изменений проводили попарное сравнение выборок с использованием критерия Вилкоксона.

Для анализа влияния различных факторов на риск заражения ИППП/ГКИ использовали метод пошаговой логистической регрессии.

Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05. При корреляционном анализе взаимосвязь между показателями считали слабой при значениях коэффициента корреляции 0,3 и менее, средней — при значениях более 0,3, но менее 0,6, и сильной — при значениях 0,6 и более.

## Результаты и их обсуждение

### *Основные результаты кросс-секционного этапа исследования.*

На данном этапе в исследовании приняли участие 292 (63,9%) мужчины и 165 (36,1%) женщин. Такое преобладание мужчин среди ПВО можно объяснить тем, что женщины с симптомами ИППП имеют альтернативный вариант обследования и лечения — обратиться в женскую консультацию. Возраст участников варьировал от 18 до 71 года, но большинство составляли молодые люди в возрасте до 30 лет — 71,4%. Средний возраст мужчин —  $28,2 \pm 9,1$  года — не отличался от среднего возраста женщин —  $28,8 \pm 9,4$  года. Среди участников преобладали одинокие респонденты (55,9%), имевшие высшее или неоконченное высшее образование (52,6%), постоянную работу (82,5%), собственное жилье (71,6%). Женщины значительно чаще по сравнению с мужчинами декларировали стабильное семейное положение (официальный или гражданский брак): 55,5% против 37,7% ( $p < 0,001$ ). Мужчины чаще, чем женщины, имели постоянную работу: 80,8% и 60,6% соответственно ( $p < 0,001$ ), а также более высокий уровень дохода ( $p = 0,001$ ).

Несмотря на то что среди причин обращения к венерологу участники исследования приблизительно одинаково часто указывали наличие признаков ИППП и обследование с целью профилактики (35,2 и 35,7% респондентов соответственно), мужчины значительно чаще обращались к врачу в связи с жалобами, а женщины — с профилактической целью ( $p = 0,007$ ). При этом уровень заболеваемости ИППП в течение года, предшествовавшего включению в исследование, по данным самоотчетов у мужчин и женщин не отличался. Возможно, при одинаковом уровне заболеваемости ИППП женщины реже, чем мужчины, замечали у себя клинические проявления и обращались к венерологу «на всякий случай», узнав о заболевании полового партнера или имея другие причины подозревать заражение.

Заболеваемость ИППП в группе ПВО в течение года, предшествовавшего включению в исследование, составила 23,6%.

Алкоголь употребляли 85,2% участников. С помощью шкалы AUDIT рискованное алкопотребление или расстройство, связанные с употреблением алкоголя, были диагностированы у 46,7% мужчин и 29,8% женщин ( $p=0,002$ ), участвовавших в исследовании. Для участников была характерна модель алкопотребления с доминированием крепких спиртных напитков и широким употреблением пива, которое не столько замещало, сколько дополняло потребление крепкого алкоголя. Рискованное алкопотребление чаще отмечалось у одиноких респондентов по сравнению с семейными ( $p=0,018$ ), а у лиц, перенесших ИППП в предшествующем году, — чаще, чем у неболевших ( $p=0,011$ ). Наблюдалась статистически значимая взаимосвязь между частотой употребления респондентами алкоголя и заболеванием их ИППП в течение года, предшествовавшего опросу ( $p=0,004$ ). Рискованное потребление алкоголя участниками исследования было ассоциировано с рискованным сексуальным поведением, в частности с большим числом половых партнеров, вступлением в сексуальные отношения со случайными и коммерческими партнерами. В связи с этим при разработке моделей профилактических интервенций в субпопуляции ПВО обязательно следует обращать внимание на коррекцию поведенческих рисков, связанных с употреблением алкоголя.

В течение жизни опыт употребления наркотиков имели 30,9% (137/443) участников исследования — 39,1% (109/279) мужчин и 17,1% (28/164) женщин ( $p<0,001$ ). ПВО, имевшие опыт употребления наркотиков в течение жизни, характеризовались также более рискованным алкопотреблением по сравнению с респондентами, никогда не принимавшими наркотики.

Общее количество половых партнеров на протяжении трех месяцев, предшествовавших включению в исследование, у мужчин было значимо большим, чем у женщин ( $p<0,001$ ), у одиноких респондентов — большим, чем у состоявших в официальном или гражданском браке ( $p=0,001$ ). Среди прочих демографических показателей число половых партнеров было взаимосвязано с уровнем дохода ( $p=0,015$ ). ПВО, перенесшие ИППП в течение предшествующего года, также имели большее число сексуальных партнеров по сравнению с неболевшими ( $p=0,021$ ). Аналогичная взаимосвязь была отмечена у респондентов, имевших опыт наркопотребления в течение жизни, по сравнению с не употреблявшими наркотики ( $p<0,001$ ). Положительная корреляция наблюдалась между количеством сексуальных партнеров за предшествующие три месяца и частотой употребления алкоголя в этот же период времени ( $p<0,001$ ), а также числом порций, употреблявшихся за один эпизод алкопотребления ( $p<0,001$ ). Лица, которые по данным опросника AUDIT характеризовались рискованным алкопотреблением, имели большее число половых партнеров за предшествующие три месяца ( $p<0,001$ ). Таким образом, наблюдалась взаимосвязь между числом половых партнеров и количественными показателями алкопотребления.

Женщины значимо чаще, чем мужчины, декларировали наличие постоянных сексуальных партнеров: 96,4% против 87,4% мужчин ( $p=0,005$ ). Напротив, о вступлении в сексуальные отношения со случайными партнерами в течение трех месяцев, предшествовавших опросу, мужчины сообщали чаще, чем женщины ( $p<0,001$ ), и число таких партнеров у них было большим ( $p=0,003$ ). Случай-

ные половые связи значимо чаще практиковали более молодые ПВО ( $p=0,026$ ), не имевшие стабильного семейного положения ( $p<0,001$ ), имевшие опыт употребления наркотиков ( $p<0,001$ ). Респонденты, вступавшие в контакты со случайными партнерами, значимо чаще болели ИППП в течение предшествующего года ( $p=0,012$ ). Вступление в сексуальные отношения со случайными партнерами было ассоциировано с рискованным алкопотреблением: большей частотой ( $p<0,001$ ) и объемами выпиваемого алкоголя ( $p<0,001$ ) и негативными оценками по шкале AUDIT ( $p<0,001$ ). 25,6% опрошенных никогда не пользовались презервативами при вагинальном сексе и 35,3% — при анальном сексе со случайными партнерами. Негативные установки в отношении защищенного секса чаще демонстрировали респонденты с более низким уровнем образования ( $p=0,010$ ) и склонные к рискованному алкопотреблению ( $p<0,001$ ). Презервативы рассматривались представителями исследуемой субпопуляции в большей степени как средство контрацепции, а не профилактики ИППП, что следовало учитывать при разработке превентивной интервенции.

В течение жизни подвергались насилию со стороны партнеров по сексу 25,2% ПВО. Сами применяли психологическое и/или физическое насилие по отношению к партнерам — 20,9%. Респонденты, когда-либо подвергавшиеся насилию со стороны сексуальных партнеров, значимо чаще сами практиковали насильственные действия, чем не пережившие насилия ( $p<0,001$ ). 65,3% случаев перенесенного насилия и 60% случаев его применения по отношению к сексуальным партнерам были сопряжены с употреблением алкоголя одним или обоими партнерами. Случаи насилия в межличностных отношениях сексуальных партнеров были ассоциированы с рискованным алкопотреблением, приемом наркотиков, а также рискованным сексуальным поведением.

#### *Основные результаты когортного этапа исследования.*

В когортном этапе исследования оценки эффективности программы приняли участие 220 (71,7%) мужчин и 87 (28,3%) женщин. Возраст участников варьировал от 18 до 56 лет, средний возраст составлял  $26,9 \pm 7,7$  года. 29,3% (90/307) участников когорты имели высшее образование и еще 24,1% (74/307) — неоконченное высшее образование. 79,2% (243/307) участников были одинокими (холостые/незамужние, состоявшие в браке, но проживавшие отдельно от партнера, разведенные, овдовевшие). 52,1% (160/307) опрошенных имели постоянную работу на условиях полной занятости, еще 21,2% (65/307) — на условиях частичной занятости. 26,4% (81/307) респондентов на момент опроса были безработными. Таким образом, группа лиц с рискованным сексуальным поведением, участвовавших в когортной стадии исследования, по сравнению с участниками кросс-секционного этапа, характеризовалась преобладанием мужчин, более молодым возрастом ( $26,9 \pm 7,7$  года и  $28,4 \pm 9,2$  года соответственно), большей долей одиноких (79,2 против 55,9%) и безработных (26,4 против 16,2%). Участники исследования, входившие в ЭГ и КГ, по основным социально-демографическим характеристикам не отличались. В течение года, предшествовавшего включению в исследование, болели ИППП 58,6% участников второго этапа исследования.

По результатам тестирования с помощью шкалы AUDIT 52,4% участников когорты избыточно употребляли алкоголь. При этом 39,2% были отнесены к группе рискованно употребляющих, 5,2% — употребляющих с вредными для здоровья по-

следствиями и 8,0% — к группе зависимых от алкоголя. Избыточное алкопотребление чаще отмечалось у мужчин ( $p < 0,001$ ) и было связано с более низким уровнем образования ( $p = 0,015$ ). Уровень риска заражения ИППП, связанного с употреблением алкоголя, был значимо выше у мужчин ( $p = 0,002$ ), одиноких респондентов ( $p = 0,035$ ) и переносивших ИППП в течение жизни ( $p = 0,042$ ). Он был тем выше, чем чаще ( $p < 0,001$ ) и в больших количествах ( $p < 0,001$ ) участник употреблял алкоголь, и коррелировал с баллом по шкале AUDIT ( $p < 0,001$ ).

Опыт употребления наркотиков в течение жизни имели 60,9% участников, в том числе 5,2% использовали инъекционные наркотики. 19,5% респондентов в течение жизни имели половых партнеров, употреблявших наркотики инъекционно. В течение трех месяцев, предшествовавших включению в исследование, употребляли наркотики 43,6% участников когорты, причем 14,7% — перед вступлением в сексуальные контакты. Учитывая большую распространенность употребления наркотиков в группе ПВО, при разработке поведенческих вмешательств для данной целевой группы необходимо включать в программу элементы тренинга, направленные на снижение риска, связанного с наркопотреблением.

Общее количество половых партнеров на протяжении трех месяцев, предшествовавших включению в исследование, у мужчин было значимо большим, чем у женщин ( $p = 0,001$ ), у одиноких респондентов — большим, чем у состоявших в официальном или гражданском браке ( $p < 0,001$ ). ПВО, использовавшие наркотики как в течение жизни ( $p = 0,001$ ), так и в течение трех последних месяцев ( $p = 0,003$ ), также имели большее число сексуальных партнеров по сравнению с не употреблявшими наркотики. Положительная корреляция наблюдалась между количеством сексуальных партнеров за предшествующие три месяца и частотой употребления алкоголя в этот же период времени ( $p = 0,001$ ), числом порций, употреблявшихся за один эпизод алкопотребления ( $p = 0,012$ ), частотой употребления алкоголя перед половыми контактами ( $p = 0,003$ ), баллом по шкале AUDIT ( $p < 0,001$ ). Таким образом, на когортном этапе исследования также отмечалась взаимосвязь между числом половых партнеров и количественными показателями алкопотребления. 25,3% участников когорты никогда не пользовались презервативами при вагинальных и 55,3% — при анальных половых контактах. Чем выше был балл по шкале AUDIT, тем негативнее были установки респондентов по отношению к защищенному сексу ( $p = 0,009$ ) и тем более рискованным было их сексуальное поведение ( $p < 0,001$ ). Показательно, что уровень информированности ПВО о путях передачи ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции, не был непосредственно взаимосвязан с их фактическим сексуальным поведением, отношением к использованию презервативов. Бесплатная раздача презервативов не оказывала положительного влияния на частоту их использования при половых контактах с непостоянными партнерами. Это необходимо учитывать при разработке программ превентивных вмешательств для субпопуляции ПВО, включая в них элементы пропаганды презервативов и обучения их правильному использованию. Кроме предоставления информации, для снижения риска заражения ИППП необходимо формирование мотивации к изменению поведения и полезных поведенческих навыков (коммуникация с партнером по вопросу защищенного секса и др.).

У 16,0% участников при включении в исследование можно было предполагать наличие генерализованного тревожного расстройства (при оценке по GAD-7)

Таблица 1. Динамика основных показателей, характеризующих участников когортного этапа исследования

| Характеристика  | При включении в исследование | Через 3 месяца  | Через 6 месяцев | Уровень значимости различий по критерию Кохрена-Фридмана и Вилкоксона |                          |                          |
|---|------------------------------|-----------------|-----------------|---|--------------------------|--------------------------|
|   |                              |                 |                 | Когорта в целом   | ЭГ                       | КГ                       |
| Заболееваемость ИППП (за предшествующие 3 месяца)             |                              |                 |                 |   |                          |                          |
| Болели ИППП, всего  | 43,9% (79/180)               | 24,8% (40/161)  | 8,0% (13/162)   | Q = 41,448;<br>P < 0,001  | Q = 21,957;<br>P < 0,001 | Q = 20,850;<br>P < 0,001 |
| - в ЭГ  | 47,3% (43/91)                | 23,5% (19/81)   | 11,0% (9/82)    |   |                          |                          |
| - в КГ  | 40,4% (36/89)                | 26,3% (21/80)   | 5,0% (4/80)     |   |                          |                          |
| Употребление алкоголя (за предшествующие 3 месяца)            |                              |                 |                 |   |                          |                          |
| Частота употребления алкоголя                                 | Ни разу                      | 6,2% (19/307)   | 8,7% (23/265)   | 7,9% (21/266)   |                          |                          |
|   | Раз в месяц или реже         | 24,1% (74/307)  | 27,9% (74/265)  | 30,1% (80/266)  |                          |                          |
|   | 2-4 раза в месяц             | 43,0% (132/307) | 47,9% (127/265) | 46,6% (124/266)   | Fr = 17,025<br>P < 0,001 | Fr = 13,030<br>P = 0,001 |
|   | 2-3 раза в неделю            | 26,7% (82/307)  | 15,5% (41/265)  | 15,4% (41/266)  |                          | Fr = 5,217<br>P = 0,074  |
|   | 1-2                          | 38,5% (111/288) | 48,3% (117/242) | 45,7% (112/245)   |                          |                          |
| Число порций, выпиваемых за один эпизод употребления алкоголя | 3-4                          | 37,5% (108/288) | 31,0% (75/242)  | 36,7% (90/245)  |                          |                          |
|   | 5-6                          | 10,8% (31/288)  | 14,1% (34/242)  | 11,0% (27/245)  |                          | Fr = 3,093<br>P = 0,213  |
|   | 7-9                          | 5,9% (17/288)   | 3,3% (8/242)    | 2,4% (6/245)  | Fr = 6,470<br>P = 0,039  | Fr = 3,391<br>P = 0,183  |
|   | 10 и более                   | 7,3% (21/288)   | 3,3% (8/242)    | 4,1% (10/245)   |                          |                          |
|   | Никогда                      | 17,9% (55/307)  | 27,2% (72/265)  | 23,3% (62/266)  |                          |                          |
| Частота употребления алкоголя перед половыми контактами       | Иногда                       | 55,0% (169/307) | 54,7% (145/265) | 62,4% (166/266)   |                          |                          |
|   | В половине случаев           | 16,0% (49/307)  | 11,7% (31/265)  | 8,6% (23/266)   | Fr = 25,756<br>P < 0,001 | Fr = 23,439<br>P < 0,001 |
|   | В большинстве случаев        | 7,8% (24/307)   | 4,5% (12/265)   | 4,9% (13/266)   |                          |                          |
|   | Всегда                       | 3,3% (10/307)   | 1,9% (5/265)    | 0,8% (2/266)  |                          |                          |
|   | Никогда                      | 17,9% (55/307)  | 27,2% (72/265)  | 23,3% (62/266)  |                          |                          |

|   |   |                   |                   |                           |                          |                          |                          |
|---|---|-------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Результаты теста AUDIT<br>(средний ранг)  | 2,25  | 1,90              | 1,84              | Fr = 25,340<br>p < 0,001  | Fr = 24,749<br>p < 0,001 | Fr = 5,062<br>p = 0,080  |                          |
| Сексуальное поведение (за предшествующие 3 месяца)  |   |                   |                   |                           |                          |                          |                          |
| Число половых партнеров<br>(средний ранг)   | 2,41  | 1,88              | 1,71              | Fr = 103,327<br>p < 0,001 | Fr = 48,667<br>p < 0,001 | Fr = 55,196<br>p < 0,001 |                          |
|   | Никогда   | 25,3%<br>(77/304) | 17,8%<br>(44/247) | 21,2%<br>(51/241)         |                          |                          |                          |
|   | Менее чем<br>в половине<br>случаев                      | 25,7%<br>(78/304) | 19,8%<br>(49/247) | 19,9%<br>(48/241)         |                          |                          |                          |
|   | Практиковали<br>незащищенные<br>вагинальные<br>контакты | 10,2%<br>(31/304) | 4,5%<br>(11/247)  | 4,1%<br>(10/241)          | Fr = 45,384<br>p < 0,001 | Fr = 39,490<br>p < 0,001 | Fr = 10,355<br>p = 0,006 |
|   | Более чем<br>в половине<br>случаев                      | 27,3%<br>(83/304) | 25,5%<br>(63/247) | 22,8%<br>(55/241)         |                          |                          |                          |
|   | Всегда  | 11,5%<br>(35/304) | 32,4%<br>(80/247) | 32,0%<br>(77/241)         |                          |                          |                          |
| Психологическое самочувствие  |   |                   |                   |                           |                          |                          |                          |
| Оценка по шкале генерализованного<br>тревожного расстройства<br>(средний ранг)                | 2,17  | 1,97              | 1,85              | Fr = 15,840<br>p < 0,001  | Fr = 11,245<br>p = 0,004 | Fr = 5,172<br>p = 0,075  |                          |
| Оценка по краткой шкале депрессии<br>Центра эпидемиологических<br>исследований (средний ранг) | 2,11  | 2,01              | 1,88              | Fr = 7,501<br>p = 0,024   | Fr = 4,097<br>p = 0,129  | Fr = 3,494<br>p = 0,174  |                          |

и у 20,2% — расстройства депрессивного спектра по CES-D. Рискованное употребление алкоголя, негативное отношение к использованию презервативов и рискованное сексуальное поведение были ассоциированы с повышенным уровнем тревожности и выраженностью депрессии. В связи с этим при разработке и проведении поведенческих интервенций в данной популяции необходимо выявлять и корректировать возникающие отклонения психологического статуса.

Динамика основных показателей, позволяющих оценить эффективность профилактической поведенческой программы, отражена в таблице 1. В ходе интервенции по модели ИМП в ЭГ снизилась частота употребления респондентами алкоголя ( $p = 0,001$ ), в том числе перед вступлением в половой контакт ( $p < 0,001$ ), снизился риск, связанный с употреблением алкоголя, оценивавшийся по шкале AUDIT ( $p < 0,001$ ). В КГ подобных изменений отмечено не было.

В ходе интервенции у участников и ЭГ, и КГ уменьшилось число половых партнеров ( $p < 0,001$ ), частота незащищенных вагинальных и анальных половых контактов ( $p < 0,001$  и  $p = 0,006$  соответственно), повысилась информированность об ИППП и ВИЧ-инфекции ( $p < 0,001$ ), сформировались более позитивные установки в отношении защищенного секса ( $p < 0,001$ ), уменьшилась выраженность тревожности по GAD-7 в ЭГ ( $p < 0,001$ ) и выраженность депрессии по CES-D ( $p = 0,024$ ) в когорте в целом. Заболеваемость ИППП в период участия в превентивной программе значимо снизилась как в ЭГ ( $p < 0,001$ ), так и в КГ ( $p < 0,001$ ). На протяжении трех месяцев, предшествовавших включению в когорту, болели ИППП 24,0% участников ЭГ и 19,6% участников КГ. К моменту окончания периода наблюдения ИППП были зарегистрированы у 5,8% участников интервенционной группы и у 2,6% — КГ.

Таким образом, вмешательство, предложенное участникам КГ и заключавшееся исключительно в предоставлении информации профилактической направленности и периодических встречах с консультантом-психологом и не включавшее мотивационного компонента и формирования полезных навыков, позволило также достичь значительного снижения риска заражения ИППП в КГ ПВО. Проведение интервенции в ЭГ в формате индивидуального консультирования, основанного на модели ИМП, позволило еще более снизить общий поведенческий риск в ЭГ за счет снижения выраженности фактора риска, ассоциированного с употреблением алкоголя. Как правило, наиболее выраженные положительные изменения рискованного поведения происходили в течение первых трех месяцев после проведения мотивационного интервью. Таким образом, можно сделать вывод о том, что поведенческая интервенция, основанная на модели ИМП, позволяет существенно уменьшить вероятность заражения ИППП.

## **Заключение**

1. Профилактика распространения ИППП/ГКИ в группе пациентов венерологических отделений КВД должна осуществляться в форме индивидуального консультирования, включающего три обязательных элемента: информирование об инфекциях, путях их передачи и способах профилактики, мотивирование к снижению поведенческих рисков и формирование навыков предохранительного поведения. Программа профилактического вмешательства должна включать коррекцию

риска заражения ИППП, связанного с избыточным алкопотреблением, употреблением наркотиков, особенно неинъекционных, а также с психоэмоциональным дистрессом. Профилактическая программа, основанная на модели «информация — мотивация — поведение», продемонстрировавшая свою эффективность в рамках данного исследования, может быть рекомендована для использования в практике работы учреждений венерологического профиля.

2. Профилактические мероприятия, направленные на контингент учреждений венерологического профиля, рекомендуется осуществлять непосредственно на базе клиник и диспансеров, максимально приближая специалистов по коррекции поведения к целевой популяции, для чего необходимо создавать в медицинских учреждениях мультипрофессиональные команды специалистов, получивших подготовку в области первичной профилактики ИППП.

3. Факторами, влияющими на реализацию рискованного поведения ПВО в отношении заражения ИППП и, следовательно, значимыми для разработки и проведения профилактических вмешательств, являются: пол (более рискованным сексуальным поведением в группе ПВО отличались мужчины), рискованное алкопотребление, употребление наркотиков, психоэмоциональный дистресс, подверженность насилию со стороны половых партнеров. Таким образом, в группе ПВО имеет место тенденция к взаимосвязи и взаимовлиянию (кластеризации) различных видов рискованного поведения, приводящего к инфицированию ИППП, что обуславливает необходимость разработки и внедрения комплексных многоуровневых превентивных вмешательств.

## Литература

1. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е., Богданова Е. В. Результаты деятельности медицинских организация дерматовенерологического профиля, достигнутые в 2016 г. // Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № 4. С. 12–27.
2. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е. и др. Результаты анализа деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации за 2012 год // Вестник дерматологии и венерологии. 2013. № 5. С. 21–39.
3. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № 5. С. 16–25.
4. Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. G. AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization, Substance Abuse Department, WHO/PSA/92.4, 1992. 29 p.
5. Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente J. R., Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II // *Addiction*. 1993. N 88 (6). P. 791–804.
6. Radloff L. S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population // *Applied Psychological Measurement*. 1977. N 1 (3). P. 385–401.
7. Андрющенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2003. № 5. С. 11–17.
8. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7 // *Archives of Internal Medicine*. 2006. N 166 (10). P. 1092–1097.
9. Fisher J. D., Fisher W. A. Changing AIDS risk behavior // *Psychol Bull*. 1992. N 111 (3). P. 455–474.
10. Kalichman S. C., Cain D., Knetch J., Hill J. Patterns of sexual risk behavior change among sexually transmitted infection clinic patients // *Arch. Sex. Behav*. 2005. N 34 (3). P. 307–319.
11. Kalichman S. C., Simbayi L. C., Vermaak R. et al. Randomized trial of a community-based alcohol-related HIV risk-reduction intervention for men and women in Cape Town, South Africa // *Ann. Behav. Med*. 2008. N 36 (3). P. 270–279.

12. Miller W. R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guilford Press, 2002. 428 p.
13. Kelly J. A., St Lawrence J. S., Hood H. V., Brasfield T. L. Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities // J Consult. Clin. Psychol. 1989. N 57 (1). P. 60–67.
14. Kelly J. A., Murphy D. A., Washington C. D. et al. The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics // Am. J. Public. Health. 1994. N 84 (12). P. 1918–1922.
15. Шаболтас А. В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб.: Скифия-принт, 2015. 694 с.

Статья поступила в редакцию 14 февраля 2018 г.,  
принята к публикации 5 марта 2018 г.

#### Контактная информация:

Красносельских Татьяна Валерьевна — д-р мед. наук; tatiana.krasnoselskikh@gmail.com  
Шаболтас Алла Вадимовна — канд. психол. наук; a.shaboltas@spbu.ru  
Скочилов Роман Владимирович — канд. социол. наук; r.skochilov@spbu.ru  
Ураева Галина Евгеньевна — galina.uraeva@gmail.com

### Multidisciplinary program of sexually transmitted infection prevention: Development, implementation, evaluation of effectiveness

T. V. Krasnoselskikh<sup>1</sup>, A. V. Shaboltas<sup>2</sup>, R. V. Skochilov<sup>2</sup>, G. E. Uraeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,  
6–8, ul. L'va Tolstogo, St. Petersburg, 197022, Russian Federation

<sup>2</sup> St. Petersburg State University,  
7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

**For citation:** Krasnoselskikh T. V., Shaboltas A. V., Skochilov R. V., Uraeva G. E. Multidisciplinary program of sexually transmitted infection prevention: Development, implementation, evaluation of effectiveness. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology and Education*, 2018, vol. 8, issue 2, pp. 166–181. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu16.2018.205>

*Background.* Vulnerable groups of the population characterized by a high level of behavioral risk are played a negative role in the epidemic of sexually transmitted infections (STIs). The subpopulation of patients attending the dermatovenerologic dispensaries includes representatives of the core group of the epidemic and their sexual partners who serve as the conductor of STIs to the general population («bridge» group). Both groups should be the target for prevention interventions aimed to correct risky behavior. The *objective* of the study was to develop, implement and evaluate the effectiveness of a multidisciplinary prevention program aimed at correcting the behaviors resulting in infection in patients of the venereology department of the district dermatovenerologic dispensary in St. Petersburg. *Design.* The intervention was based on the technology of individual counselling and comprised three essential components: awareness raising, motivating to change risky behavior and training to form the protective skills. *Results.* Among factors determining STI risk or, alternatively, healthy behaviors and therefore significant for the development and implementation of prevention interventions were: gender, risky alcohol consumption, drug use, psycho-emotional state (severity of anxiety and depression), sexual partner violence and behavioral norms accepted in the social group. Participation in the prevention program based on the Information-Motivation-Behavior Skills model has allowed reducing significantly the risk of STIs acquisition associated with alcohol abuse and sexual practices. *Conclusions.* The prevention program based on the Information-Motivation-Behavior Skills model can be recommended for usage in the STI

clinics. For the successful implementation of this program, the multidisciplinary teams of specialists should be established at such clinics.

**Keywords:** sexually transmitted infections, incidence, risky sexual behavior, risky alcohol use, Information–Motivation–Behavior Skills model, multidisciplinary approach to the prevention, prevention interventions.

## References

1. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melekhina L. E., Bogdanova E. V. Rezul'taty deiatel'nosti meditsinskikh organizatsii dermatovenerologicheskogo profilia, dostignutye v 2016 g. [Results of work of dermatovenerologic healthcare organizations in 2016]. *Vestnik dermatologii i venerologii*, 2017, no. 4, pp. 12–27. (In Russian)
2. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melekhina L. E. et al. Rezul'taty analiza deiatel'nosti meditsinskikh organizatsii dermatovenerologicheskogo profilia v Rossiiskoi Federatsii za 2012 god [Results of the analysis of dermatovenerologic healthcare organizations activity in Russian Federation in 2012]. *Vestnik dermatologii i venerologii*, 2013, no. 5, pp. 21–39. (In Russian)
3. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melekhina L. E. Zabolevaemost' sifilisom v Rossiiskoi Federatsii za period 2006–2016 gg. [Incidence of syphilis in the Russian Federation over the period 2006–2016]. *Vestnik dermatologii i venerologii*, 2017, no. 5, pp. 16–25. (In Russian)
4. Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. G. *AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. Geneva, World Health Organization, Substance Abuse Department, WHO/PSA/92.4, 1992, 29 p.
5. Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente J. R., Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 1993, no. 88 (6), pp. 791–804.
6. Radloff L. S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1977, no. 1 (3), pp. 385–401.
7. Andryushchenko A. V., Drobizhev M. Yu., Dobrovolsky A. V. Sravnitel'naya otsenka shkal CES-D, BDI i HADS(d) v diagnostike depressii v obshchemeditsinskoi praktike [Comparative evaluation of CES-D, BDI and HADS(d) scales in the diagnosis of depression in general medical practice]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova*, 2003, no. 5, pp. 11–17. (In Russian)
8. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 2006, no. 166 (10), pp. 1092–1097.
9. Fisher J. D., Fisher W. A. Changing AIDS risk behavior. *Psychol Bull.*, 1992, no. 111 (3), pp. 455–474.
10. Kalichman S. C., Cain D., Knetch J., Hill J. Patterns of sexual risk behavior change among sexually transmitted infection clinic patients. *Arch. Sex. Behav.*, 2005, no. 34 (3), pp. 307–319.
11. Kalichman S. C., Simbayi L. C., Vermaak R. et al. Randomized trial of a community-based alcohol-related HIV risk-reduction intervention for men and women in Cape Town, South Africa. *Ann. Behav. Med.*, 2008, no. 36 (3), pp. 270–279.
12. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, The Guilford Press, 2002, 428 p.
13. Kelly J. A., St Lawrence J. S., Hood H. V., Brasfield T. L. Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *J. Consult. Clin Psychol.*, 1989, no. 57 (1), pp. 60–67.
14. Kelly J. A., Murphy D. A., Washington C. D. et al. The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *Am. J. Public. Health*, 1994, no. 84 (12), pp. 1918–1922.
15. Shabol'tas A. V. *Psikhologicheskie osnovy prevencii VICH-infektsii [Psychological basis of HIV infection prevention]*. Sankt-Petersburg, Skifiya-print, 2015, 694 p.

## Author's information;

Tatiana V. Krasnoselskikh — M.D, PhD; tatiana.krasnoselskikh@gmail.com  
Alla V. Shabol'tas — PhD; a.shabol'tas@spbu.ru  
Roman V. Skochilov — PhD; r.skochilov@spbu.ru  
Galina E. Uraeva — galina.uraeva@gmail.com