

СТИГМАТИЗАЦИЯ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. М. Улюкин¹, А. В. Березовский¹, Е. С. Орлова¹

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

STIGMATIZATION AND TOLERANCE IN AFFECTION OF YOUNG PEOPLE WITH SOCIALLY SIGNIFICANT AFFECTIONS

I. M. Ulyukin¹, A. V. Berezovskiy¹, E. S. Orlova¹

¹ S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, Saint Petersburg, Russia

Резюме: Резюме. В обзоре показаны механизмы формирования стигмы на уровне повседневных взаимодействий. Считается, что истоки стигматизации кроются в истории формирования социальных ритуалов, способов конструирования социальной реальности, форм социального контроля, проблем идентичности и интеракции. Отторжение больных происходит как на социальном, так и на индивидуальном уровнях. В настоящее время предлагаются различные подходы, объясняющие возникновение стигмы — так, социологический подход основывается на «социальных стереотипах», при психологическом механизме стигматизации считаются психологические защитные механизмы, в частности, «проекция»; существуют также концепция «испорченной идентичности», теория «ярлыков» и унитарная теория стигмы. Стигматизирующие установки препятствуют пораженным людям интегрироваться в обществе, являясь во многом результатом социального мифотворчества, предрассудков и ошибочных представлений. Толерантное поведение характеризуется способностью не актуализировать конфликт, что определяется уровнем воспитания и образования. Показано, что кампании по снижению стигматизации нуждаются в определении тех конструктов, которые должны измениться, и выборе соответствующей социально-психологической модели; в каждом случае требуется понимание того, по каким механизмам будет происходить снижение стигмы, насколько будет длителен этот процесс и устойчивы ли его результаты (библ.: 64 ист.).

Ключевые слова: возникновение стигмы, лица молодого возраста, личность, механизмы снижения стигмы, психологическая адаптация, стигматизация, суицидальное поведение, социально значимые заболевания, толерантность.

Статья поступила в редакцию 20.10.2018 г.

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что по происхождению толерантность (от лат. *tolerantia* — терпение, терпеливость, принятие, англ. *tolerance*) — категория социальная (возникает и проявляется в процессе взаимодействия человека с социумом, с человеком); толерантность фиксирует особый (ненасильственный) тип взаимоотношений человека с социумом; характерной чертой феномена является устойчивость проявлений; толерантность проявляется на двух уровнях: на уровне сознания в виде установки личности, на уровне поведения как сознательное действие или поступок, как со-творчество.

Однако другой стороной медали является неприятие — по тем или иным причинам — человека

Summary. The review shows the mechanisms of stigma formation at the level of everyday interactions. It is believed that the origins of stigmatization lie in the history of the formation of social rituals, ways of constructing social reality, forms of social control, problems of identity and interaction. Rejection of patients occurs at both the social and individual levels. Various approaches are currently being proposed to explain the occurrence of stigma — for example, the sociological approach is based on «social stereotypes», the psychological mechanism of stigmatization is based on psychological protective mechanisms, in particular, on «projection»; there is also the concept of «tainted identity», the theory of «labels» and the unitary theory of stigma. Stigmatizing attitudes prevent affected people from integrating into society, being largely the result of social myth-making, prejudice, and erroneous ideas. Tolerant behavior is characterized by the ability not to actualize the conflict, which is determined by the level of upbringing and education. It is shown that campaigns to reduce stigma require the definition of those constructs that should be changed and the choice of an appropriate socio-psychological model; In each case, an understanding is needed of what mechanisms will be used to reduce stigma, how long this process will be, and whether its results are sustainable

Keywords: occurrence of stigma, personality, psychological adaptation, socially significant affections, stigma reduction mechanisms, stigmatization, suicidal behavior, tolerance, young people.

Article received 20.10.2018.

человеком (и, соответственно, социумом — потому что «жить в обществе и быть свободным от общества нельзя») [1]), что находит свое выражение в форме стигматизации.

Считается, что причины стигматизации заключаются в трех группах потребностей общества [2]: 1) потребность в сохранении удовлетворительных условий жизни, которые, в частности, психически больной человек может нарушить своим вмешательством, 2) потребность в сохранении нормального уровня психического функционирования (прежде всего когнитивного), что влечет за собой страх, возникающий вследствие веры в возможность передачи аномального хода мышления, 3) потребность в сохранении эмоциональной стабильности, и опасение эмоционального срыва.

Если же говорить о стигматизации лиц с психическими расстройствами и суицидальным поведением, то здесь играют роль следующие моменты: историческая традиция, религиозные убеждения, психологический защитный механизм, интроекция (у наблюдающего за лицом, совершившим суицидальный акт, возникает страх самому совершить суицид), который приводит к своеобразному дистанцированию и стигматизации [3].

Отчуждение стигматизированных лиц не является привилегией современного общества. Стигма существует с библейских времен, когда дискриминировались и люди с физическими дефектами («калеки»), и нищие [4], и психически больные, когда сумасшествие как наказание за грехи («ненормальность», «инакость») стало рассматриваться в рамках религиозной веры и практики [5, 6]. Истоки стигматизации кроются в истории формирования социальных ритуалов, способов конструирования социальной реальности, форм социального контроля, проблем идентичности и интеракции [7].

В настоящее время предлагаются различные подходы, объясняющие возникновение стигмы — так, социологический подход основывается на «социальных стереотипах» [8], при психологическом механизме стигматизации считаются психологические защитные механизмы, в частности, «проекция» [3]; существуют также концепция «испорченной идентичности» [9], теория «ярлыков» [10] и унитарную теорию стигмы [11].

Поэтому различные исследователи формулируют такие задачи психолого-педагогической деятельности по формированию этической толерантности студентов, как формирование ценностного отношения к собственной и другим этнокультурам; формирование мотивации к межкультурному сотрудничеству; воспитание положительного отношения к культурным различиям, развитие межкультурной сенситивности; развитие умений и навыков эффективного взаимодействия с представителями различных культур в духе миролюбия, этнотолерантности и взаимопонимания. Все это имеет прямое отношение и к профилактике социально значимых заболеваний (куда относятся, в частности туберкулез; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; гепатиты В и С; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция); психические расстройства и расстройства поведения [12]).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты собственных исследований и научных публикаций по рассма-

триваемой проблеме, размещенные в зарубежных и отечественных научных библиографических базах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Различные исследователи полагают, что при всей востребованности и обсуждаемости рассматриваемой темы в широких обществоведческих кругах нет единых подходов в понимании сущностных характеристик феномена толерантности, нет понимания того, между кем и как возможны толерантные отношения, каковы механизмы достижения этой цели, так как одни видят в ней некую панацею, посредством которой только и можно спасти и сохранить цивилизацию, тогда как другие считают, что она «служит лишь для того, чтобы символически скрадывать и лечить реальный раскол и безразличие, которые демонстрирует человечество». Поэтому термин «толерантность» интерпретируется ныне в самых разных контекстах, не исключая вариативности смыслов. Отличительной чертой отечественной философии является выявление особых качеств толерантности через ее структурные характеристики: так, интерес представляет анализ толерантности через ситуацию конфликта, который предлагает понимать толерантность не как цель, а как промежуточное состояние (при таком рассмотрении толерантности акцент переносится с изучения толерантности как акта, на изучение толерантности как потенции для чего-либо), а также теоретические обоснования различных форм толерантности через призму рациональности [13]. Сущность толерантности не может быть сведена преимущественно к терпимости, так как она предполагает открытый диалог субъектов и их «субъект-субъектные отношения», основанные на равноправии, уважении, полифонировании, которые и реализуются в толерантной деятельности [14]. Все это имеет прямое отношение и к профилактике социально значимых заболеваний.

Так, начальная коморбидность (одновременная встречаемость у пациента разных болезней или патологических состояний) «ВИЧ-инфекция + наркомания» дополнилась новыми для эпидемии контингентами, формирующими большую группу больных с полиморбидностью («ВИЧ-инфекция + туберкулез + вирусные гепатиты + вторичные и сопутствующие инфекции, на фоне имевшихся ранее либо впервые появившихся соматических и психоневрологических болезней»), причем инфицирование вирусами гепатита С и ВИЧ может происходить независимыми путями [15]. Все это приводит к быстрой инвалидизации и смерти больных [16].

Но даже пока пациенты соматически и психически компенсированы, они чаще всего мало совладают либо не совладают со стрессовой/травматичной ситуацией постановки диагноза, что влечет за собой одиночество, депрессивное состояние, неприятие ВИЧ-статуса, отвержение окружением, агрессивное отношение общества. Важно подчеркнуть, что совладание с ВИЧ-инфекцией, по сравнению с другими заболеваниями, имеет свою специфику, которая состоит в том, что данное заболевание 1) является неизлечимым, 2) в российском обществе в течение длительного времени было распространено преимущественно среди маргинализованных социальных групп (потребители наркотиков, лица, вовлеченные в проституцию, мужчины, практикующие гомосексуальное поведение), 3) поэтому оно связано с негативной реакцией общества, явлениями стигматизации и дискриминации.

Показано, что стигматизация и дискриминация людей, живущих с хроническими вирусными гепатитами В и С (ХГВ и С), довольно распространены в молодежной среде, при этом выявлена отрицательная связь между уровнем знаний по проблеме ХГВ и С и выраженностью стигматизации: имеет место страх перед возможным инфицированием (не согласились бы жить в одной комнате; не отдали бы ребенка в группу детского сада, куда ходит ребенок, больной ХГ), что может отразиться на качестве медицинских услуг, оказываемых пораженным пациентам [17].

Изначально стигма — это древнегреческий термин, указывающий на знак или отметину, вырезанную или выжженную на теле человека, характеризующую его как «дефектного» в моральном плане (например, эта телесная отметина свидетельствует о том, что человек — раб или преступник). В традиционном обществе значение, в частности, психических болезней было тесно связано с социокультурной концептуализацией религии, магии, опасности: человек заболел в силу контакта со «злыми силами». В современном обществе ситуация иная, ибо каждая цивилизация по-своему концептуализирует, в частности, психическую болезнь [18].

В настоящее время под психиатрической стигмой понимают процесс выделения индивида среди других на основании некоторых неприемлемых обществом отклонений от нормы с целью применения соответствующих санкций [9, 19]. Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей [20].

Однако существенные проблемы возникают у лиц с психическими расстройствами при обращении в общемедицинскую лечебную сеть. Несмотря

на то, что у них имеются соматические заболевания, потребностями этой группы пациентов в общесоматической помощи часто пренебрегают [21], что связано со стигматизацией, а также недостаточной интеграцией общесоматического и психиатрического медицинского обслуживания, отсутствие согласия по поводу того, какие специалисты должны отвечать за профилактику и лечение коморбидных соматических заболеваний у больных с тяжелыми психическими расстройствами; хотя понятно, что вместе с правом получать медицинское обслуживание по психической патологии эти лица имеют и общечеловеческое право на доступ к общесоматическому лечению и профилактике.

Однако стигма затрагивает социальную идентичность индивидов, «портит», обесценивает ее в глазах других, она влияет не только на чувства, мысли и поведение этих индивидов, но и оказывает негативное воздействие на их здоровье [22].

Изначально было предложено различать несколько типов стигмы, связанных с: 1) физическим дефектом, деформацией; 2) дефектом индивидуального характера (эти дефекты возникают, например, в результате психического заболевания, алкоголизма, пребывания в тюремном заключении, употребления наркотиков, низкого социального статуса, в частности, связанного с безработицей, с невозможностью получать образование); 3) родовой стигмой (дефект, определяемый принадлежностью индивида к определенной расе, национальности или религии, причем это распространяется на всех членов каждой из этих категорий) [9].

Поэтому исследования, посвященные стигматизации лиц с психическими нарушениями, проводятся по таким основным направлениям, как стигматизация больных со стороны общества (сюда относят соответствующие практики, используемые в отношении психически больных родственниками, медицинским персоналом психиатрических клиник и больниц непсихиатрического профиля, представителями социальных служб, работодателями, представителями средств массовой информации, работниками образования и страховыми службами [23]), самостигматизация больных (представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь; в результате сопровождается чувством неполноценности и социальной несостоятельности [24]), и преодоление последствий стигмы (для чего разрабатываются проекты, направленные на выработку социальной толерантности и благосклонности в отношении психически больных [25]).

На сегодняшний день основными концептуальными моделями стигматизации являются модели,

предложенные Б. Линком и Дж. Феланом, и Дж. Приор и Г. Ридером.

Первая модель [22, 26] предлагает рассматривать стигму как взаимодействие ряда процессов:

1) «приклеивание ярлыков» (есть целый ряд признаков, по которым люди отличаются друг от друга, однако одни признаки игнорируются, другие — например, цвет кожи, уровень интеллекта, сексуальные предпочтения, психическое здоровье — оказываются «выпуклыми», именно по этим признакам люди категоризируются и получают соответствующий «ярлык»);

2) стереотипизация (она происходит тогда, когда отличия индивидов, получив свой «ярлык» связываются с соответствующим стереотипом: важно отметить, что категории и стереотипы актуализируются автоматически, и это затрудняет борьбу со стигматизацией);

3) разделение на «мы» и «они» (носители «ярлыка» фундаментальным образом отличаются от нас; в крайних случаях стигматизируемые индивиды лишаются своей человеческой природы, что допускает возможность крайних по своей жестокости действий; возможность проведения разграничения между нами и ними зачастую проистекает из природы самих «ярлыков»);

4) потеря статуса теми, кто подвергается стигматизации, а также дискриминация (потеря социального статуса затрагивает профессиональную сферу, доступ к образованию, к медицинскому обслуживанию, психологическое благополучие в целом); при этом для того, чтобы стигматизация произошла, необходимо использование власти.

Вторая модель [27] говорит о четырех взаимосвязанных проявлениях стигмы:

— публичная стигма (это весь комплекс социальных и психологических реакций в отношении индивида, который воспринимается как обладающий стигматизирующим условием);

— автостигма (комплекс социальных и психологических последствий, связанных с обладанием стигмой, который объединяет предчувствие индивида относительно того, что он является объектом стигматизации, и негативные убеждения и чувства, обусловленные стигматизирующим условием);

— стигма через ассоциацию — она объединяет, с одной стороны, социальные и психологические реакции на людей, ассоциирующихся со стигматизируемым индивидом (например, семья, друзья, люди, ухаживающие за больными, волонтеры, работающие с больными), а с другой — реакции людей, которых ассоциируют со стигматизируемым индивидом;

— структурная стигма (легитимизация и сохранение стигматизирующего статуса социальными

институтами и идеологическими системами; публичная стигма лежит в основе всех остальных типов стигмы).

Применительно к ВИЧ-инфекции в настоящее время идентифицируют шесть измерений стигмы [28]:

— действующая стигма (enacted stigma) — дискриминирующее поведение, действия или установки со стороны других людей;

— ощущаемая или интернализованная стигма — стигма, испытываемая самим индивидом от наличия у него некоего изъяна, недостатка, заболевания;

— маргинализация;

— раскрытие статуса;

— моральные нормы и ценности;

— видимые проявления заболевания.

Отдельно должна быть рассмотрена самостигматизация, которая включает осознание больным своей несостоятельности в определенных сферах жизни, а также компенсаторные механизмы, сохраняющие самооценку больного [29, 30], к которым относятся:

1) оправдание своей несостоятельности болезнью — при аутопсихической форме (которая отражает изменение личной идентичности);

2) подчеркивание больным своего сходства с психически здоровыми лицами путем частичного игнорирования проявлений заболевания и утрирования предполагаемой несостоятельности «типичного» психически больного — при компенсаторной форме (которая направлена на сохранение личной идентичности при осознании больным наличия у него психической болезни);

3) объяснение своей несостоятельности предвзятым отношением окружающих — при социореверсивной форме (которая связана с изменением социальной идентичности больного).

При этом необходимо помнить, что на начальных стадиях заболевания ВИЧ-инфекции для лечебно-диагностических мероприятий наиболее значимы психологический и социальный ее компоненты, а на стадии СПИДа при значительной длительности заболевания — соматопсихический (проявляющийся органической патологией центральной нервной системы, который клинически находит свое отражение, в частности, в психоорганическом синдроме на фоне повреждения клеточного звена иммунной системы) [31].

Важно подчеркнуть, что каждая из этих концептуальных схем стигмы обладает значительным потенциалом для того, чтобы стать теоретической основой для разработки концептуальной модели для дестигматизации, так как эти объяснительные схемы апеллируют к когнитивным процессам (автоматическим и контролируемым) как к основным

механизмам стигматизации, так как стигматизации способствуют социальная фрустрированность и низкий уровень самоуважения.

В плане стигматизации важно отметить еще такой не до конца решенный вопрос. Одним из основных социокультурных факторов сохранения социальных стереотипов отношения к инвалидам как к фундаментально неполноценным, потерянным для активной жизни и деятельности членам общества является закрепившееся в XX веке, благодаря доминированию индустриального типа культуры, представление о равнозначности личности человека ее производственному потенциалу [32], то есть, наличие стабильных стигматизированных групп — одна из черт традиционного общества, а его институциональные механизмы обслуживают поддержание всевозможных имеющихся межгрупповых и межсословных границ, и стигматизация является собой один из таких механизмов. Инвалиды же и люди с ограниченными по тем или иным причинам возможностями здоровья (а инвалидизация при ВИЧ-инфекции может наступить и вследствие коморбидной патологии) в традиционной системе социальных координат представляют собой одну из стигматизированных и, соответственно, подверженных депривации групп. Показано, что стигматизация инвалидов и людей с ограниченными физическими возможностями находит выражение в закреплении в отношении их устойчивых социальных ожиданий, связанных с жизненной пассивностью, неблагоприятием, незащищенностью, с невозможностью взаимодействовать с ними на началах равенства и, тем самым, носитель стигмы «инвалид» становится объектом проекции на него фобий и опасений, ассоциируемых со слабостью и социальной непригодностью, низким потенциалом развития и ограниченностью жизненных перспектив. Однако стигматизация людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, является основным препятствием к раскрытию статуса, и, тем самым, затрудняет проведение лечебно-профилактических мероприятий. Поэтому работать с такими пациентами следует, исходя из известного положения, что больной — не просто сложное сочетание различных патологических и патофизиологических процессов, а прежде всего человек — личность, нуждающаяся в возврате к полноценной биологической и социальной деятельности. Необходимо подчеркнуть, что пассивные копинг-стратегии (такие, как «отрицание»), связаны с более активным прогрессированием ВИЧ-инфекции [33].

Важно отметить и тот факт, что на фоне развития клинических проявлений социально значимых инфекций у больного возможно обострение ранее диагностированной или впервые мани-

фестирующей психической патологии (описана гомосексуальная эротомания, развившаяся на фоне ВИЧ-инфекции [34]). Иногда быстро прогрессирующая деменция может быть первым проявлением ВИЧ-инфекции [35].

Давно подмечена прямая связь между наличием депрессии у пациентов и плохими исходами лечения ВИЧ-инфекции [36], причем именно депрессия является фактором ухудшения физического состояния у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией/СПИДом (ЛЖВС), а не наоборот [37]. Вне зависимости от ВИЧ-инфекции, наиболее опасным является период от 1 до 6 мес после прекращения приема наркотиков вследствие обострения психопатологической симптоматики, что способствует актуализации влечения к наркотику, срыву и возобновлению приема, при этом показатели синдрома патологического влечения (СПВ) к наркотику на протяжении всего периода наблюдения значимо хуже оказались у ВИЧ-позитивных лиц, чем у ВИЧ-негативных [38]; сочетание зависимости от наркотиков и ВИЧ-инфекции носит взаимоотноотягчающий характер, выражающийся в утяжелении течения СПВ и негативном прогнозе сочетанной патологии.

Описаны также больные ВИЧ-инфекцией со сложной психопатологической картиной, требующей дифференциальной диагностики с эндогенными заболеваниями, например, шизофреноподобными психозами, острыми параноидными психозами, паранойей, депрессивными психозами, стойкими гипоманиакальными и маниакальными состояниями, которые могут длиться месяцами и непосредственно предшествовать органическому поражению мозга и деменции [39]. Показано, что среди пациентов, имеющих психотические расстройства, больные ВИЧ-инфекцией имеют в 5,6 раз большую вероятность развития нового эпизода психоза, по сравнению с неинфицированными [40].

В клинической картине ВИЧ-инфекции наиболее отчетливо гипоманиакальный и субдепрессивный синдромы наблюдаются при наличии признаков, свидетельствующих об утяжелении соматического состояния [41]. Вместе с тем, развитие делирия у больных СПИДом является маркером снижения выживаемости [42].

Отмечено, что в ситуации ВИЧ-заражения является социальной самоизоляция личности, эмоциональная и интеллектуальная погруженность в свое состояние, снижается самооценка и интерес к жизни, и со временем возвращение по большинству параметров психологической адаптации к исходному «здоровому» уровню не происходит [43].

Считается, что когда человек осознает неполноценность своих отношений с другими людьми, личностно значимыми для него, когда он испытыва-

ет острейший дефицит удовлетворения потребности в общении (что приводит к депрессии, тревоге, межличностной враждебности, злоупотреблению психоактивными веществами и алкоголем, склонности к суициду) — именно тогда он и становится одиноким. Так, в частности, социальная сеть ЛЖВС, мала (в среднем 3 человека, в то время как у здоровых взрослых, в зависимости от пола, — 12–16 человек) [44]. Показано, что ЛЖВС не испытывают «эмоционального одиночества» за счет повышенного контроля над своим эмоциональным фоном, тогда как «социальное одиночество» является препятствием для совладания с болезнью [45], потому что стигматизация, дискриминация и дистанцирование общества от этих людей усиливают их чувство одиночества.

Под одиночеством в настоящее время понимают воспринимаемый дефицит в социальных и межличностных отношениях, определяемых субъектом как не удовлетворяющих его потребностям, что обусловлено с когнитивно-эмоциональной оценкой человеком своих социальных связей, отношений (социальной сети), которые качественно неадекватны или количественно невелики [46], и в основном это отрицательные переживания, возникающие независимо от объективного количества социальных связей человека. Страх одиночества может приводить к вытеснению личностью переживаний одиночества, отрицанию одиночества как факта или, напротив, к постоянному поиску компании и установлению многочисленных поверхностных социальных контактов в попытке предотвратить наступающую угрозу одиночества — но в любом случае страх одиночества выступает серьезным препятствием на пути личностного роста, в ходе которого человек осознает свою отдельность [47]. Различают две категории одиночества: «одиночество от эмоциональной изоляции», вызванное утратой другого человека, и «одиночество от социальной изоляции», порожденное отрывом от круга общения [48].

Важно подчеркнуть также наличие данных о связи между стигматизацией и суицидальным поведением [49]. При этом в области суицидологии о стигматизации можно говорить в двух основных сферах: стигматизация учреждений, которые оказывают превенцию и интервенцию, и ближайшее социальное окружение суицидента [50]. В принятии суицидальных решений, помимо психо-социальных кондиций, чрезвычайно важна религиозная принадлежность человека, так как условно можно подразделить религии на антисуицидальные (где моральные и психологические запреты на пути к самоубийству очень жестки), и религии, не считающие самоубийство абсолютным злом [51]. К приме-

ру, была подтверждена связь между позитивными религиозными стратегиями, такими, как поиск духовной поддержки, и улучшением психофизиологического состояния пациента с ВИЧ-инфекцией, тогда как негативные религиозные стратегии (например, злость на бога), напротив, не приводят к улучшению данных показателей [52]. Поэтому в таких случаях комплекс психотерапевтических мероприятий должен быть направлен на устранение непсихотической симптоматики (тревога, депрессия, чувство вины и стыда), коррекцию вызванных стигматизацией деструктивных социальных установок (агрессивность, враждебность, социальная фрустрированность), формирование толерантности пациента к восприятию социальной стигматизации, и на повышение его самооценки для снижения уровня самостигматизации, гармонизацию семейных отношений, мотивирование родственников на принятие и социальную поддержку пациента [53]. В качестве мероприятий по дестигматизации суицидентов предлагается в первую очередь проводить и семейную психотерапию, направленную на снижение недоверия и осуждения со стороны родных и близких, а также выработку толерантности пациентов к недоверию, осуждению, пренебрежению и насмешкам со стороны приятелей и знакомых [54]. Но, поскольку суицидные тенденции могут быстро меняться, а оценка их трудна, считается, что факторы риска могут иметь лишь условное значение.

Исторически люди, страдающие психическими расстройствами, были исключены из жизни общества на самых различных уровнях и испытывали негативное отношение и дискриминацию со стороны общества [18]. Однако имеющее место в последние годы улучшение состояния, выздоровление или ремиссия, включающая в себя, по причине, кроме лекарственного, целого ряда социальных факторов, сказывается и на возможностях специфической терапии, и на ресоциализации больных [55, 56].

В настоящее время основными способами снижения стигмы полагают [57]:

— протест (как публичные выступления или акции против несправедливости различных форм стигмы, а также против соответствующих установок и поведения; однако опасность этих действий заключается в том, что можно, например, таким образом добиться отмены фильма, в котором определенная категория людей подвергается стигматизации, но установки и поведение в отношении самой категории людей, подвергающихся стигматизации, едва ли изменятся. Кроме того, возможен эффект психологической реактивности — люди отвечают на сообщение, заложенное в протесте, по принципу — «не говорите мне то, что я должен думать!»);

— просвещение (как просветительская мера, направленная на то, чтобы заменить стереотипы знанием фактов);

— контакт (как межличностные контакты с психически больным человеком; считается, что непосредственный контакт с представителем стигматизируемой группы способствует изменению установок и поведения в отношении самой стигматизируемой группы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Борьба со стигматизацией оказывается одной из главных задач общественного здоровья, ибо стигматизация и дискриминация больных негативно влияет на качество их жизни, способствует их изоляции и социальному исключению, создает серьезные препятствия самому лечению, а также воздействию соответствующих профилактических программ [58]. Важен факт, что есть большое количество больных с легкими психическими нарушениями, испытывающих негативное влияние от стигматизации больше, чем собственно от болезни [59].

Показано, к примеру, что отторжение больных ВИЧ-инфекцией происходит как на социальном, так и на индивидуальном уровнях, при этом их социальная изоляция (то есть «не только я», а «все отвергают») является оправданием личного отторжения и дискриминации [60]. Основными социальными последствиями для таких людей после заболевания являются разрушения сложившихся социальных связей, в том числе потеря работы, отторжение в семье, друзьями, коллегами. В результате складывается общественная норма социальной изоляции таких больных, которая отчасти разделяется ими самими. Поэтому важным условием проведения лечебно-профилактической (медико-психологической) работы с такими больными (и лицами, находящимися в группах риска по поражению социально значимыми заболеваниями) является создание атмосферы взаимопонимания и терпимости, где каждый чувствует себя комфортно, открыт для взаимодействия с другими, где соблюдаются этические нормы поведения в межличностном общении. Так, толерантность в виде социальной поддержки оказывает мощное позитивное влияние на совладание с ВИЧ-инфекцией за счет повышения самоэффективности и снижения уровня стресса и депрессии [61].

Поэтому при подходе к медико-социальному обеспечению больных социально значимыми заболеваниями можно, со специфическими дополнениями и допущениями, исходить из положений, разработанных для работы с больными психической

патологией в условиях, когда происходит переход от содержания больных в психиатрических клиниках к их интеграции в общество [62]:

— снижение количества пребываний в клинике и уменьшение продолжительности госпитализации;

— помощь больным должна предоставляться междисциплинарными командами в амбулаторных условиях;

— оказываемая помощь должна быть индивидуализированной и гибкой;

— интеграция медицинской и социальной помощи;

— при оказании помощи больному человеку предполагается опора на ближайшее социальное окружение — его друзей и родных.

Очевидно, что дестигматизация больных социально значимыми заболеваниями представляет собой длительный и сложный процесс, предполагающий использование различных средств. Для таких людей необходимо создание психологических условий, актуализирующих их внутренние и внешние ресурсы преодоления кризисной ситуации.

Однако, несмотря на значительный опыт успешных профилактических вмешательств, оценка их эффективности до сих пор имеет множество методических ограничений, в том числе в связи с отсутствием случайного отбора участников проекта и/или отсутствием оценки устойчивости полученных результатов в долгосрочной перспективе, тем более, что обычно данные вмешательства состоят из нескольких сессий различного формата и имеют множество различных компонентов; а это затрудняет оценку того, какие именно компоненты вмешательства являются ключевыми или наиболее эффективными [63].

Известно, что кампании по снижению стигматизации зачастую нуждаются в соответствующей теоретической, в противном случае они оказываются дорогостоящими и неэффективными [58]. Ключевым здесь является определение тех конструктов, которые должны измениться, и выбор соответствующей социально-психологической модели, ибо, в противном случае, стигма может быть интерпретирована различными способами; соответственно, в каждом случае требуется понимание того, по каким механизмам будет происходить снижение стигмы, насколько длителен этот процесс и устойчивы ли его результаты. Вместе с тем, считается, что социальная среда, ее параметры и характеристики, будут определять и проявление единиц стигматизации, то есть те акты поведения, которые в данном обществе в настоящее время будут вызывать в ответ стигматизирующее отношение [64]; при этом какие-то из них, вызывавшие предвзятость ранее, с течением времени могут уходить на второй план, либо исчезать вовсе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. *Lenin V. I.* Party organization and party literature. Complete collection of the essay. 5th edition. Moscow: Political Publishing House; 1968; 12: 99–105. Russian (*Ленин В. И.* Партийная организация и партийная литература. ПСС, 5 изд. М.: Изд-во политической литературы; 1968; 12: 99–105).
2. *Boiko O. V.* Protection of mental health. Moscow: ACADEMIA Publisher; 2004. 265. Russian (*Бойко, О. В.* Охрана психического здоровья. М.: ACADEMIA; 2004. 265).
3. *Ruzhenkova V. V., Ruzhenkov V. A.* The problem of stigma in psychiatry and suicidology. Scientific statements of Belgorod State University. Seriya: Medicine. Pharmacy. 2012; 4 (123): 5–13. Russian (*Руженкова В. В., Руженков В. А.* Проблема стигмы в психиатрии и суицидологии. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2012; 4 (123): 5–13).
4. *Fedotov D. D., Chudin A. S.* Suicidal attempts in the involutional and senile periods. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova. 1976; 76 (3): 406–9. Russian (*Федотов Д. Д., Чудин А. С.* О суицидальных попытках в инволюционном и старческом периодах. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1976; 76 (3): 406–9).
5. *Dain N.* Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. Hosp. Community Psychiatry. 1994; 45 (10): 1010–4.
6. *Allison-Bolger V. Y.* The original sin of madness-or how psychiatrists can stigmatize their patients. Int. J. Clin. Pract. 1999; 53 (8): 627–30.
7. *Pol'skaya N. A.* Mentally ill in modern society: the problem of stigma. Zhurnal prakticheskogo psikhologa. 2006; 3: 42–58. Russian (*Польская Н. А.* Психически больной в современном обществе: проблема стигмы. Журнал практического психолога. 2006; 3: 42–58).
8. *Townsend J. M.* Stereotypes of mental illness: a comparison with ethnic stereotypes. Cult. Med. Psychiatry. 1979; 3 (3): 205–29.
9. *Goffman E.* Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; 1963. 147.
10. *Scheff T. J.* Being mentally ill: a sociological theory. London: Weidenfeld & Nicolson; 1966. 210.
11. *Haghighat R.* Towards a unitary theory of stigmatization. Br. J. Psychiatry. 2001; 178: 207–15.
12. Decree of the Government of the Russian Federation of 01.12.2004 № 715 «On Approving the List of Socially Significant Diseases and the List of Diseases that Are Dangerous to Others» (with changes and additions). Available at: <http://base.garant.ru/12137881/#ixzz5UTCq5Oxu> (accessed 20.10.2018). Russian (Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями и дополнениями). Доступно по: <http://base.garant.ru/12137881/#ixzz5UTCq5Oxu> (дата обращения 20.10.2018).
13. *Lectorskii V. A.* On Tolerance, Pluralism and Criticism. Voprosy filosofii. 1997; 11: 46–54. Russian (*Лекторский В. А.* О толерантности, плюрализме и критицизме. Вопросы философии. 1997; 11: 46–54).
14. *Buzgalin A. V.* Dialectics: the reactualization in the world of global transformations. Voprosy filosofii. 2009; 5: 20–35. Russian (*Бузгалин А. В.* Диалектика: реактуализация в мире глобальных трансформаций. Вопросы философии. 2009; 5: 20–35).
15. *Eremin V. F., Gasich E. L., Sosinovich S. V., Yurovskiy P. N., Fisenko E. G.* Sing molecular epidemiological methods to investigate HIV breakouts among injection drug users. HIV Infection and Immunosuppressive Disorders. 2016; 8 (4): 66–74. Russian (*Еремин В. Ф., Гасич Е. Л., Сосинович С. В., Юровский П. Н., Фисенко Е. Г.* Расшировка вспышки ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные психотропные препараты, с использованием методов молекулярной эпидемиологии. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2016; 8 (4): 66–74).
16. *Ulyukin I. M., Murachev A. A., Bolekhan V. N., Orlova E. S., Gorichny V. A., Bulan'kov Yu. I., Nikolaev P. G.* To the question about the diagnosis, medical observation and specific treatment of comorbid and severe forms of disease caused by the human immunodeficiency virus. Vestnik Rossiiskoy voenno-medicinskoy akademii. 2017; 3 (59): 69–71. Russian (*Улюкин И. М., Мурачев А. А., Болехан В. Н., Орлова Е. С., Горичный В. А., Буланьков Ю. И., Николаев П. Г.* Диагностика, диспансерное наблюдение и специфическое лечение коморбидных и тяжелых форм заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2017; 3 (59): 69–71).
17. *Piankova V. O., Alekseeva A. V.* Chronic viral hepatitis B and C as the stigma: an opinion of Russian male and female students. Smolensk Medical Almanac. 2017; 1: 302–5. Russian (*Пьянкова В. О., Алексеева А. В.* Хронические вирусные гепатиты В и С как стигма: мнение российских студентов разного пола. Смоленск. мед. альманах. 2017; 1: 302–5).
18. *Foucault M.* Madness and civilization: A History of Insanity in the Age of Reason. London: Routledge Classics; 1995. 240.
19. *Goffman E.* Stigma: notes on the management of spoiled identity. 3^d ed., reprint. London: Penguin Books; 1990. 173.
20. *Sartorius N.* Stigma: what can psychiatrists do about it? Lancet. 1998; 352 (9133); 1058–9.
21. *Druss B. G., Bradford W. D., Rosenheck R. A., Radford M. J., Krumholz H. M.* Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. Arch. Gen. Psychiatry. 2001; 58 (6): 565–72.
22. *Link B., Phelan J.* Stigma power. Soc. Sci. Med. 2014; 103: 24–32.
23. *Anthony W. A., Rogers E. S., Cohen M., Davies R. R.* Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. Psychiatr. Serv. 1995; 46 (4): 353–8.
24. *Link B. G., Struening E. L., Rahav M., Phelan J. C., Nuttbrock L.* On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J. Health Soc. Behav. 1997; 38 (2): 177–90.

25. Sayce L., Measey L. Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems. *Psychiatric Bulletin*. 1999; 23: 65–7.
26. Major B., O'Brien L. T. The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*. 2005; 56: 393–442.
27. Bos A. E. R., Pryor J. B., Reeder G., Stutterheim S. E. Stigma: advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*. 2013; 35 (1): 1–9.
28. Dudina V. I., Artamonova K. N. Stigmatization of people living with HIV/AIDS and the problem of disclosure: Analysis of the online forum discussions. *Vestn. Sankt-Peterburgsk. univ. Seriya: Sociologiya*. 2018; 11 (1): 66–78. Russian (Дудина В. И., Артамонова К. Н. Стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИД, и проблема раскрытия статуса: анализ высказываний пользователей онлайн-форума. *Вестн. Санкт-Петербургск. ун-в. Серия: Социология*. 2018. 11 (1): 66–78).
29. Mikhaylova I. I. Autostigmatization of mental patient. Ph. D. thesis. Moscow: Nauch. tsentr psikhich. zdorov'ya RAMN Publisher; 2005. 23. Russian (Михайлова И. И. Самостигматизация психически больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Науч. центр психич. здоровья РАМН; 2005. 23).
30. Yastrebov V. S., Mikhaylova I. I. Self-stigmatization of patients with major mental illnesses. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova*. 2005; 105 (11): 50–4. Russian (Ястребов В. С., Михайлова И. И. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2005; 105 (11): 50–4).
31. Ulyukin I. M., Grigor'ev S. G. Multivariate factor analysis of the psychological status of patients in the dynamics of HIV infection. *Vestnik psikhoterapii*. 2016; 57 (62): 134–46. Russian (Улюкин И. М., Григорьев С. Г. Многомерный факторный анализ психологического статуса больных в динамике ВИЧ-инфекции. *Вестник психотерапии*. 2016; 57 (62): 134–46).
32. Kotov S. V., Stepanov O. V. Socio-cultural background and consequences of stigmatization of people with disabilities: the concept of «disabled» as stigma. *Humanities, Social-economic and Social Sciences*. 2017; 12: 55–8. Russian (Котов С. В., Степанов О. В. Социокультурные предпосылки и следствия стигматизации людей с ОВЗ: понятие «инвалид» как стигма. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2017; 12: 55–8).
33. Antoni M. H., Goldstein D., Ironson G., LaPerriere A., Fletcher M. A., Schneiderman N. Coping responses to HIV-1 serostatus notification predict concurrent and prospective immunologic status. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 1995; 2: 234–48.
34. Boast N., Coid J. Homosexual erotomania and HIV infection. *Brit. J. Psychiatry*. 1994; 164 (7): 842–6.
35. Mizoi Y. A case of HIV encephalopathy with dementia which showed significant improvement after the combination anti-retroviral therapy. *Rinsho Shinkeigaku*. 2000; 40 (2): 178–80 (engl. abstr.).
36. Hartzell J. D., Janke I. E., Weintrob A. C. Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *J. Antimicrob. Chemother.* 2008; 62 (2): 246–55.
37. Leserman J. Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression. *Psychosomatic Medicine*. 2008; 70 (5): 539–45.
38. Stan'ko E. P. Addictive attraction and its dynamics in HIV-positive injecting drug users. *Materials of VI International Eastern Europe and Central Asia AIDS Conference*, 18–20.04.2018, Moscow, Russia. Moscow: EECAAC Publisher; 2018: 29-30. Russian (Станько Э. П. Аддитивное влечение и его динамика у ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков. *Сборник тезисов VI международной Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии*, 18–20.04.2018 г., Москва, Россия. М.: ЕЕСААС; 2018: 29–30).
39. Doyle M. E., Labbate L. A. Incidence of HIV infection among patients with new-onset psychosis. *Psychiatric Services*. 1997; 48 (2): 237–8.
40. Singh D. HIV-infection among psychiatric in-patients in Kwa-Zulu-Natal, South Africa. *Materials of the XIV International AIDS Conf., Barcelona, Spain, 7–12.07.2002*. 2002; Abstr. Мо-РeC3523.
41. Schmidt U., Miller D. Two cases of hypomania in AIDS. *Brit. J. Psychiatry*. 1988; 152 (8): 839–42.
42. Uldall K. K. Association between delirium and death in AIDS patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2000; 14 (2): 95–100.
43. Valieva T. V., El'tsova A. V. Psychological adaptation of HIV-infected and healthy people. *Vestnik Uralskogo instituta ekonomiki, upravleniya i prava*. 2016; 3: 59–69. Russian (Валиева Т. В., Ельцова А. В. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных и здоровых людей. *Вестник Уральского института экономики, управления и права*. 2016; 3: 59–69).
44. Kryukova T. L. Cognitive Psychology on Coping with Loneliness. *Vestnik of Kostroma State university. Seriya: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*. 2013; 19 (2): 93–7. Russian (Крюкова Т. Л. Когнитивная психология совладания с одиночеством. *Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*. 2013; 19 (2): 93–7).
45. Kryukova T. L., Shargorodskaya O. V. Loneliness as a Barrier in Coping with HIV-Infection. *Yaroslavl Pedagogical Bulletin*. 2015; 3: 205–9. Russian (Крюкова Т. Л., Шаргородская О. В. Одиночество ВИЧ-инфицированных людей как фактор, препятствующий совладанию с болезнью. *Ярославский педагогический вестник*. 2015; 3: 205–9).
46. Kryukova T. L. Psychology of coping behavior in different periods of life. *Kostroma: Nekrasov Kostroma State University Publishing House*; 2010. 380. Russian (Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. *Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова*; 2010. 380).
47. Osin E. N., Leontiev D. A. Multidimensional Inventory of Loneliness Experience: Structure and Properties. *Psychology. J. of the Higher School of Economics*. 2013; 10 (1): 55–81. Russian (Осин Е. Н., Леонтьев Д. А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства. *Психология. Журнал высшей школы экономики*. 2013; 10 (1): 55–81).
48. Weiss R. S. Questions studying loneliness. In: *Pokrovsky N. E., comp. Labyrinths of loneliness*. Moscow: Progress Publisher;

- 1989: 114–28. Russian (Вейсс Р. С. Вопросы изучения одиночества. В кн.: Покровский Н. Е., сост. Лабиринты одиночества. М.: Прогресс; 1989: 114–28).
49. Oexle N., Ajdacic-Gross V., Kilian R., Müller M., Rodgers S., Xu Z., Rössler W., Rüsch N. Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2015; 26 (1): 53–60.
50. Bachilo E. V., Baryl'nik Yu. B., Filippova N. V., Deyeva M. A., Antonova A. A., Guseva M. A. Stigma in suicidology. *Social and clinical psychiatry.* 2017; 27 (2): 103–7. Russian (Бачило Е. В., Барыльник Ю. Б., Филиппова Н. В., Деева М. А., Антонова А. А., Гусева М. А. Проблемы стигматизации в суицидологии. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2017; 27 (2): 103–7).
51. Erdynееva K. G., Filippova V. P. Suicidal behavior: nature, factors and causes (cross-cultural analysis). Moscow: Akademiya estestvoznaniya Publisher; 2010. 147. Russian (Эрдынеева К. Г., Филиппова В. П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ). М.: Академия естествознания; 2010. 147).
52. Trevino K. M., Pargament K. I., Cotton S., Leonard A. C., Hahn J., Caprini-Faigin C. A., Tsevat J. Religious Coping and Physiological, Psychological, Social, and Spiritual Outcomes in Patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and Longitudinal Findings. *AIDS and Behavior.* 2010; 14 (2): 379–89.
53. Polozhy B. S., Ruzhenkova V. V. Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders who committed suicidal attempts. *Suicidology.* 2016; 3: 12–20. Russian (Положий Б. С., Руженкова В. В. Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами. *Суицидология.* 2016; 3: 12–20).
54. Ruzhenkova V. V. Stigmatization and self-stigmatization of persons with non-psychotic mental disorders and suicidal behavior. *Modern problems of science and education.* 2015; 3: 172–3. Russian (Руженкова В. В. Стигматизация и самостигматизация лиц с психическими расстройствами не психотического уровня с суицидальным поведением. *Современные проблемы науки и образования.* 2015; 3: 172–3).
55. Kholmogorova A. B. Psychological aspects of the microsocial context of mental disorders (on an example, schizophrenia). *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2000; 3: 35–71. Russian (Холмогорова А. Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении). *Консультативная психология и психотерапия.* 2000; 3: 35–71).
56. Gurovich I. Ya., Lyubov E. B., Storozhakova Ya. A. The concept of recovery in schizophrenia. *Social and clinical psychiatry.* 2008; 18 (2): 7–14. Russian (Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «RECOVERY». *Социальная и клиническая психиатрия.* 2008; 2: 7–14).
57. Corrigan P. W., Kosyluk K. A. Erasing the stigma: where science meets advocacy. *Basic and applied social psychology.* 2013; 35 (1): 131–40.
58. Lamboy B., Saïas T. Reduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication? Une synth se de la litt rature. *Annales Medico-psychologiques.* 2013; 171 (2): 77–82.
59. Corrigan P. W. How stigma interferes with mental health care. *Am. Psychologist.* 2009; 59: 614–25.
60. Zvonovsky V. B. HIV and stigma. *The Journal of Social Policy Studies.* 2008; 6 (4): 506–21. Russian (Звоновский В. Б. ВИЧ и стигма. *Журнал исследований социальной политики.* 2008; 6 (4): 506–21).
61. Gordillo V., del Amo J., Soriano V., González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS.* 1999; 13 (13): 1763–9.
62. Morant N. Social representations and professional knowledge: the representations of mental illness among mental health practitioners. *British J. of social psychology.* 2006; 45 (4): 817–38.
63. Brown J. L., Vanable P. A. Cognitive-Behavioral Stress Management Interventions for Persons Living with HIV: A Review and Critique of the Literature. *Annals of Behavioral Medicine.* 2008; 35 (1): 26–40.
64. Litvinenko O. A. The Influence of Socio-cultural Changes in the Society on the Mental Diseases Stigmatization. *Izvestia: Herzen university journal of humanities & sciences.* 2012; 153 (1): 211–7. Russian (Литвиненко О. А. Влияние социокультурных изменений в обществе на стигматизацию психических болезней. *Известия Рос. гос. педагог. ун-та им. А. И. Герцена.* 2012; 153 (1): 211–7).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Улюкин Игорь Михайлович — канд. мед. наук, научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории (регистр инфекционной патологии и ВИЧ-инфицированных военнослужащих) научно-исследовательского отдела (Всеармейский медицинский регистр МО РФ) научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, конт. тел.: +7(921)9261621, e-mail: igor_ulyukin@mail.ru

Березовский Артур Владимирович — подполковник мед. службы, заместитель начальника факультета подготовки врачей, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Орлова Елена Станиславовна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории (регистр инфекционной патологии и ВИЧ-инфицированных военнослужащих) научно-исследовательского отдела (Всеармейский медицинский регистр МО РФ) научно-исследовательского центра, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, конт. тел.: +7(812)2923429, e-mail: oes17@yandex.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Ulyukin Igor M. — M. D., Ph. D. (Medicine), M. D., Ph. D. (Medicine), Research Associate of the Research Laboratory (register of infectious diseases and HIV-infected servicemen) of the Research Department (all-Army Medical Register of the Ministry of Defense of the Russian Federation) of the Research Center, S. M. Kirov Military Medical Academy the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: +7(921)9261621, e-mail: igor_ulyukin@mail.ru

Berezovskiy Arthur V. — M. D., lieutenant colonel of the Medical Service, Deputy Head of the Faculty of Medical Training, S. M. Kirov Military Medical Academy the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044

Orlova Elena S. — M. D., Ph. D. (Medicine), Research Associate of the Research Laboratory (register of infectious diseases and HIV-infected servicemen) of the Research Department (all-Army Medical Register of the Ministry of Defense of the Russian Federation) of the Research Center, S. M. Kirov Military Medical Academy the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044, cont. phone: +7(812)2923429, e-mail: oes17@yandex.ru