

## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И НАРКОМАНИЯ – ДВОЙНАЯ СТИГМАТИЗАЦИЯ И ПОИСКИ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТИГМЫ

Тюсова О.В.<sup>1</sup>, Ветрова М.В.<sup>1</sup>, Блохина Е.А.<sup>1</sup>, Бушара Н.М.<sup>1</sup>,  
Крупницкий Е.М.<sup>1,4</sup>, Лиознов Д.А.<sup>1,2</sup>, Лунце К.<sup>3</sup>

otoussova@gmail.com

- <sup>1</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова  
г. Санкт-Петербург, Россия
- <sup>2</sup> Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева  
г. Санкт-Петербург, Россия
- <sup>3</sup> Бостонский университет/Бостонский Медицинский Центр  
г. Бостон, США
- <sup>4</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева  
г. Санкт-Петербург, Россия

Статья поступила 17.09.2019

*Синдром зависимости и сопутствующие инфекционные заболевания, включая ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты, относятся к числу явлений, стигматизируемых в обществе. Данное исследование ставит перед собой цель изучить опыт стигматизации и взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом для разработки рекомендаций по снижению стигматизации и повышения обращаемости данной категории пациентов за необходимой медицинской помощью. Включение в исследование ВИЧ-положительных (ВИЧ+) ЛУИН происходило на базе медицинских учреждений и методом «снежного кома». Все участники заполняли краткий опросник социodemографической информации и проходили глубинное полуструктурированное интервью. Методом контент анализа интервью с помощью NVivo (QSR International Pty Ltd., version 12, 2019) были выявлены наиболее актуальные темы опыта стигматизации при обращении и получении медицинской помощи. В исследовании приняла участие 15 ВИЧ+ ЛУИН (33% женщины; возраст ( $M \pm SD$ )  $36 \pm 5$  лет). Выявлено, что стигматизация по поводу наркологического заболевания превалирует над стигматизацией по поводу ВИЧ-инфекции. Активное употребление наркотиков пациентами усиливало негативное*

Об авторах:

**Тюсова Ольга Викторовна** – канд. соц. наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

**Ветрова Марина Владиславовна** – науч. сотр. лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

**Блохина Елена Андреевна** – канд. мед. наук, зам. директора института фармакологии им. Вальдмана ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

**Бушара Наталья Михайловна** – мл. науч. сотр. лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

отношение со стороны медицинского персонала, а у ВИЧ+ ЛУИН снижало мотивацию к лечению и усиливало чувства стыда и страх отказа в помощи при обращении в медицинские учреждения. Пациенты в состоянии ремиссии также сталкивались с негативным отношением со стороны медицинского персонала. Стигматизация оказывает значительное влияние на здоровье больного с ВИЧ-инфекцией и с синдромом зависимости. Можно выделить две потенциальные стратегии для улучшения качества медицинской помощи ВИЧ+ ЛУИН. Во-первых, непрерывное повышение уровня образования по наркологии и ВИЧ-инфекции работников медицинских учреждений, включая младший и средний медперсонал. Во-вторых, проведение интервенций с пациентами, направленные на работу с чувствами интернализированной стигмы, такими как стыд, вина и безнадежность, могут позволить им противостоять стигматизации и улучшить взаимоотношения с медицинскими работниками.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД, лица, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), стигматизация, Россия.

## ВВЕДЕНИЕ

Употребление инъекционных наркотиков повышает риск развития серьезных проблем со здоровьем, включая развитие передозировок (летальных и нелетальных) и заражение инфекционными заболеваниями [2; 11]. Из-за наличия рисков для собственного здоровья и здоровья окружающих, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, а также сочетанных заболеваний, в частности ВИЧ-инфекции, эти люди нуждаются в регулярном медицинском наблюдении, лечении и проведении профилактических мероприятий. Однако лица, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), как правило, имеют ограниченный доступ к медицинской помощи и редко обращаются за ней. Исключением является обращение за неотложной помощью при передозировке наркотических веществ. Предыдущие исследования показали, что стигматизация является одним из потенциальных факторов, влияющих на поведение человека при обращении за медицинской помощью [13; 17]. Таким образом, понимание барьеров при обращении за медицинской помощью у ЛУИН является важной задачей общественного здравоохранения.

**Крупницкий Евгений Михайлович** – д-р мед. наук, профессор, заведующий лабораторией клинической фармакологии аддиктивных состояний ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», заместитель директора по научной работе и руководитель отдела аддиктологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.

**Лиознов Дмитрий Анатольевич** – д-р мед. наук, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», исполняющий обязанности директора ФГБУ «Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева».

**Лунце Карстен** – канд. мед. наук, доктор общественного здравоохранения, доцент Бостонского университета, США.

Стигматизация – это процесс «клеймения» человека в связи с наличием нежелательных, неприемлемых обществом характеристик [16], определяющий неравенство между людьми [15]. Например, одним из распространенных сочетаний таких характеристик являются употребление инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекция. Стигматизация может быть внешней, т.е. исходить извне, и внутренней (интернализованной), то есть исходить от самого человека. Кроме того, человек может ощущать то или иное отношение к себе других людей как стигматизирующее (воспринимаемая стигма) или ожидать проявления такого отношения (ожидаемая стигма) [16]. Проявлениями внешней стигматизации являются исключение, отвержение, обвинение, обесценивание и дискредитация [15].

Исследование стигматизации лиц живущих с ВИЧ (ЛЖВ), проведенное в Волгограде в 2012–2014 гг. среди общего населения и медицинских работников, показало, что стигматизация и дискриминация по отношению к ЛЖВ распространена, в том числе и в медицинском сообществе, что связано с низким уровнем знаний и страхом инфицирования и влияет на качество оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией [3]. ЛУИН подвержены так называемой «наркологической стигматизации» в связи с тем, что они воспринимаются окружающими как опасные, а из-за ассоциации с преступлением и насилием – как асоциальные, социопатические лица со сниженным уровнем социального функционирования [1; 4; 6; 23], что находит отражение в стереотипах и предубеждениях в обществе, в том числе и в медицинской среде. Например, медицинские работники воспринимают ЛУИН негативно, в частности, из-за приема ими наркотиков внутривенно, что ассоциируется с инфицированием ВИЧ и возбудителями вирусных гепатитов, а также нелегальным статусом психоактивного вещества [4]. Негативное отношение и недоверие к мотивации таких пациентов может сказываться на качестве и объеме предоставляемой медицинской помощи [4; 24]. Таким образом, проблема стигматизации определяется как одна из центральных в процессе оказания медико-психологической помощи наркологическим пациентам [4]. Исследование среди ВИЧ+ ЛУИН, проведенное в Санкт-Петербурге в 2012–2013 гг., выявило, что внутренняя «двойная» стигматизация, связанная с наличием ВИЧ-инфекции и опытом употребления инъекционных наркотиков, уменьшает вероятность регулярного посещения врача-инфекциониста [9]. Наше предыдущее исследование подтвердило наличие взаимосвязи между стигматизацией, доступом и обращаемостью ВИЧ+ ЛУИН за медицинской помощью вне специализированных инфекционных и наркологических клиник [29].

Международные исследования показали, что внешняя и внутренняя стигматизация является барьером для доступа к медицинской помощи, и может негативно влиять на процесс принятия решения при обращении в медицинские организации больных ВИЧ-инфекцией и имеющих наркологические расстройства [8; 14–22; 26; 27]. Однако с помощью полученных результатов неправомерно описывать ситуацию в Российской Федерации в связи с разным подходом к ле-

чению наркологических заболеваний и разным социально-культурным контекстом. В настоящее время в РФ существует ограниченное число исследований, посвященных стигматизации пациентов с наркоманией и ВИЧ-инфекцией, ее роли в оказании медицинской помощи. Данное исследование является практической работой, изучающей причины стигматизации в РФ и возможные способы ее преодоления.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Дизайн исследования и выборка**

Исследование было проведено в Санкт-Петербурге в период с сентября по декабрь 2017 г., в нем приняли участие пациенты, живущие с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ) и имеющие опыт употребления инъекционных наркотиков. Набор участников проводился на базе медицинских учреждений, а также методом «снежного кома», когда после интервью участники рекомендовали для исследования знакомых, имеющих опыт стигматизации. Критериями включения были (1) возраст старше 18 лет, (2) опыт употребления инъекционных наркотиков, (3) наличие ВИЧ-инфекции, (4) опыт стигматизации и/или дискриминации в отношении ВИЧ-инфекции или наркологического заболевания, (5) желание открыто говорить о стигме и опыте обращения за медицинской помощью. Критериями невключения были (1) когнитивные нарушения, не позволяющие подписать информированное согласие и ответить на вопросы, и (2) несогласие на аудиозапись. После прохождения скрининговых процедур участники, подходящие по критериям включения, подписывали информированное согласие в исследовательском центре ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова. Данное исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова.

### **Сбор данных**

Исследование было проведено с применением качественного метода анализа данных. В качестве интервьюеров в исследовании работали 3 женщины (два психиатра-нарколога и один психолог). Было использовано глубинное полуструктурированное интервью. Перед интервью все участники заполняли краткую анкету, содержащую социально-демографическую информацию и вопросы, касающиеся особенностей поведения, связанного с употреблением наркотиков. Все собранные данные были анонимны, интервью были записаны на диктофон. Продолжительность интервью составляла, в среднем, 45 минут.

### **Анализ данных**

Аудиозаписи были транскрибированы. Все транскрипты были просмотрены на предмет содержания и были идентифицированы наиболее актуальные темы. Затем был разработан список кодов. Для проведения нескольких аналитических циклов и валидации кодов для тематического анализа было использовано программное обеспечение NVivo (QSR International Pty Ltd., ver. 12, 2019). Задачей

анализа был поиск информации о факторах, которые влияли на стигматизацию. При анализе процесса кодирования было выявлено, что частыми темами являются роль стигматизации в зависимости от стадии наркологического заболевания и специфики медицинского учреждения, куда обращается пациент, а также внутренние источники стигмы (интернализация стигмы). Сначала информация была закодирована под кодом «стигма», а затем были разработаны коды второго порядка, в том числе «внутренняя стигма», «внешняя стигма» и «дискриминация».

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были проанализированы данные 15 интервью с ВИЧ+ ЛУИН (33% женщины; возраст ( $M \pm SD$ )  $36 \pm 5$  лет). Среди участников замужем/женаты были 13 человек (87%), столько же человек (87%) имели среднее или среднее специальное образование, 7 человек (47%) имели опыт тюремного заключения. В интервью участники описывали свой опыт и знания в отношении стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ-инфекцией и наркологическими расстройствами. Были идентифицированы следующие актуальные темы, связанные со стигмой: (1) наркологическая стигма и роль стадии наркологического заболевания, (2) опыт стигматизации в медицинских учреждениях различного профиля. Для иллюстрации каждой из тем мы приводим отдельные цитаты, в которых сохраняем лексику и стилистику участников исследования.

### 1. Наркологическая стигма. Стадии синдрома зависимости: активное употребление ПАВ и ремиссия

Интервью с участниками показали, что стигматизация по поводу наркологического заболевания преобладает над стигматизацией по поводу ВИЧ-инфекции. Например, наркологический диагноз опознавался по внешнему виду, в частности, по следам от инъекций наркотиков на руках: *«я была сохранный, никакого хабитуса не было, ну руки, конечно, было видно, что уколы»* (женщина, 34 года). Таким образом, негативное отношение из-за ВИЧ-инфекции может быть только со стороны тех людей, которые знают о диагнозе, тогда как наркологическая стигматизация может исходить от всех людей. Кроме того, многие говорили о том, что положительный ВИЧ статус ассоциируется с наркоманией у большинства людей, и ВИЧ стигматизация всегда дополняется наркологической стигматизацией: *«но все равно видно, что сторонятся, что ВИЧ, понятно, что ВИЧ – это наркотики»* (женщина, 34 года). Другим отличием наркологической стигматизации от ВИЧ стигматизации является особенность волнообразного течения наркологического заболевания, представляющего собой две противоположные стадии – стадию активного употребления и стадию ремиссии. Стадия активного употребления связана с наибольшей стигматизацией и дискриминацией со стороны медицинского персонала – например, отказом от оказания медицинской помощи или оказанием помощи не в полном объеме; отсутствием мотивации на

лечение и страхом отказа в предоставлении помощи при обращении в медицинские учреждения со стороны пациентов.

Две стадии зависимости – это *«совершенно два разных человека, вот я сейчас с Вами сижу адекватно вроде разговариваю, а если я в употреблении, Вы бы меня, может, и не узнали бы»* (мужчина, 34 года, пациент в ремиссии). Активное употребление является особым состоянием, *«это рулит человеком, то есть не сам человек, а состояние, болезнь, которая у него прогрессирует, он ее не притормаживает, он ее не лечит, и она им рулит»* (мужчина, 34 года, пациент в ремиссии). Таким образом, пациент воспринимает себя отдельно от болезни, что, возможно, является стратегией противостояния стигматизации и отделения себя от стигматизирующей характеристики.

В интоксикации человек воспринимается как непредсказуемый, контакт с которым может привести к возникновению конфликтных ситуаций.

Мужчина, 38 лет: *«Другой случай...попал в больницу в наркотическом опьянении с тяжелой травмой и врач видит, что с глазами что-то не то,...и когда приехала скорая в больницу, они <врачи приемного отделения> сказали, что вот он, наркота, приехал, что вы нас там дергаете...врач, когда обрабатывал рану, он это кольцо снимал вместе с мясом...я говорю – перекусите кольцо-то, а он говорит не буду, потому что ты мне потом предъявишь, что ты мне кольцо испортил».*

Активное употребление инъекционных наркотиков является существенным барьером для обращения за специализированной помощью со стороны пациентов в связи с тем, что психоактивное вещество позволяет подавлять негативные физические и психологические переживания, соматические проявления болезни.

Мужчина, 34 года: *«Обычно, человек, который употребляет, он занят дригем – либо поиском наркотиков, либо их употреблением».*

Участники говорят, что в период активного употребления наркотиков не обращаются за помощью из-за отсутствия мотивации: *«Пока они не бросили наркотики они об этом <о получении медицинской помощи> даже не думают» и отсутствия страха смерти «человек идет к смерти, зачем ему делать что-то для жизни»* (Мужчина, 34 года).

Мужчина, 34 года, подчеркивает роль мотивации при обращении за медицинской помощью: *«В любом случае, человек сам должен начать что-то делать. Если он сам не начнет, что ты там ему не предложи...»* и важность помощи ЛУИН, для которых активное употребление наркотиков является серьезным барьером в оказании помощи.

Однако после прекращения употребления наркотиков пациенты становятся наиболее эмоционально уязвимыми вследствие эффекта «рикошета» и усиления тех переживаний, которые не ощущались в период активного употребления.

Женщина, 32 года: *«Когда употребляла наркотики, там вообще не до врачей. Там состояние не то. Если у тебя что-то болит, есть другое лекарство». «... Сейчас <после года ремиссии> трезво на жизнь смотришь. Восприятие отношения к тебе меняется... Когда употребляешь наркотики все равно, что вокруг тебя происходит, немножко болезненно, конечно, но стараешься отстраняться от этого, от отношения к тебе». «Видимо из-за того, что я употребляла наркотики, ... и из-за того, что я ВИЧ-инфицированная, это было все обостренно, тогда было тяжелее <в состоянии активного потребления> Вроде бы не обращаешь внимания, но в трезвом уме это вспоминается как-то обидно. А сейчас я все это мимо ушей пропускаю.»*

Таким образом, даже к пациентам в стадии ремиссии у врачей есть настороженность, которая может сказываться на качестве оказываемой помощи. Например, женщина, 34 года, сказала, что даже после семи лет ремиссии она сталкивалась с негативным отношением из-за своего прошлого опыта употребления наркотиков: *«Если был опыт употребления, количество ремиссий оно как бы стирается, это как некое клеймо «наркоман – все, пропавший человек... Постоянно что-то подтрунивали ... крест на тебе поставлен».*

## **Вывод**

Таким образом, выявлены различия и особенности пациентов на различных стадиях синдрома зависимости – активного употребления и ремиссии. Показано, что с целью избегания стигматизирующего отношения ЛУИН сложнее скрыть свой статус, чем ЛЖВ, не употребляющему наркотические препараты. Однако ЛЖВ автоматически стигматизированы из-за убеждения, что наркологический диагноз всегда сопутствует ВИЧ-инфекции. Пациенты на всех стадиях синдрома зависимости сталкиваются со стигматизацией: диагноз наркомании не имеет срока давности, и длительность ремиссии не учитывается. При активном употреблении наркотиков для пациентов характерен низкий уровень мотивации к лечению, связанный с отсутствием жалоб и приоритетов в отношении здоровья, отсутствием страха смерти и наличием страха из-за возможности отказа в выдаче АРТ. Со стороны врачей часто демонстрируется недоверие к больным, что способствует дискриминации в медицинских учреждениях. В ремиссии пациент со временем становится более устойчивым к негативному отношению, однако в этот период больным особенно важно ощущать поддержку и отсутствие критического отношения к прошлому опыту употребления наркотиков.

## **2. Опыт стигматизации в связи с наличием ВИЧ-инфекции и синдрома зависимости в различных медицинских учреждениях**

Место получения медицинской помощи является важным аспектом, формирующим характер взаимоотношений между медицинским персоналом и пациентом. В интервью мы спрашивали об опыте получения помощи для лечения раз-

личных состояний, включая как инфекционную и наркологическую помощь, так и терапевтическую, хирургическую, стоматологическую и другие виды помощи.

### 2.1. Специализированная помощь: наркологические и инфекционные стационары

Участники исследования говорили, что особая сложность у пациентов возникает при взаимодействии со средним и младшим медперсоналом наркологических стационаров.

По мнению участников, в наркологических стационарах ВИЧ-статус пациента не менял отношения со стороны работников к пациентам, что связано с высокой распространенностью инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты, среди наркологических пациентов. Несмотря на то что участники признают, что некоторые медицинские работники в инфекционных стационарах могут демонстрировать негативное отношение, они отрицают, что это общая практика для большинства. В целом в настоящее время опыт обращения в специализированные инфекционные лечебные учреждения и общение с врачом описывается как положительный: *«я могу задать любой вопрос, они отвечают, я не вижу там какой-то дискриминации»* (мужчина, 34 года). Другие участники затруднялись описать свой опыт стигматизации в связи с тем, что в их адрес не говорили и/или не делали ничего оскорбительного, но они замечали изменение в поведении медицинских сотрудников после раскрытия своего наркологического диагноза.

Таким образом, в настоящее время пациенты с двойным диагнозом испытывают стигматизацию в основном от младшего или среднего медицинского персонала в наркологических больницах, в то время как врачи, оказывающие специализированную инфекционную или наркологическую помощь, знают о сопутствующих заболеваниях своих пациентов и относятся к этому нейтрально, без демонстрации негативного отношения.

### 2.2. Другие медицинские учреждения: стоматологические клиники, центры планирования семьи и гинекологической помощи, травматологические и хирургические отделения

Большинство участников приводили примеры, в которых наличие ВИЧ-инфекции являлось дополнительной проблемой, которая осложняла получение помощи, поэтому пациенты сталкивались с негативным отношением и/или дискриминацией. Мужчина, 33 года: *«Как я понял для них я – проблема, которую они не хотят решать, потому что им это не надо».*

Как описывает другой мужчина 33 лет: *«В простых больницах, не специализированных, испытываешь негатив от персонала, врачей... чисто психологический ... и чтобы избавиться от меня, отправили в тубдиспансер... и там врач, посмотрев мою карту, сказал “Зачем тебя отправили сюда? Чтобы ты заразился?”»*



При обращении к пациентам медицинский персонал часто использует стигматизирующие слова из-за диагнозов: «она спидозная, спидовая» (женщина, 34 года), «ВИЧовый», «наркоманы» (женщина, 33 года), «наркота» (мужчина, 38 лет).

Негативное отношение из-за наличия ВИЧ-инфекции некоторые пациенты связывают с низким уровнем осведомленности среди врачей, однако отмечают улучшение уровня информированности в последнее время.

Мужчина, 33 года: *«Некоторые <врачи> прям дикие просто. Как с леса взять человека, показать ему машину, он ее испугается и убежит, также некоторые врачи относятся к ВИЧ-положительным людям. Но я заметил, ситуация улучшается в последнее время... <врачи из поликлиники> видно с понятием относятся».*

Так же как и в наркологических клиниках, пациенты отмечают негативное отношение, как правило, со стороны младшего медперсонала и администрации, но не от врачей, которые, вероятно, больше осведомлены о ВИЧ-инфекции.

Другой причиной негативного отношения медицинских работников, по мнению участников исследования, является страх перед возможностью заразиться, что также может быть следствием низкого уровня информированности. Многие пациенты хорошо помнили отношение к себе «как к прокаженной» (женщина, 36 лет), когда врачи и другой медицинский персонал демонстративно применяли меры предосторожности при контакте («надела 3 пары перчаток») из-за страха заразиться, в том числе в присутствии других пациентов. Пациенты воспринимали это как стигматизирующее отношение медицинского персонала.

Мужчина, 38 лет: *«Врач приемного покоя одной из соматической больницы... взял спиртовую салфетку и стал вытирать стол... и это было сделано явно, потому что я его касался. Я был, конечно, зол, но ничего по этому поводу не сказал... Это относительно недавно было... прям вот мгновенно вскочить, одеть маску, перчатки, при этом, не имея какого-то контакта со мной».*

Мужчина, 38 лет: *«Я говорю – уважаемый, у меня СПИД, будьте аккуратнее. Он <медицинский сотрудник в травматологическом отделении> шарахнулся, попытался взять кровь, в итоге не взял».*

Пациенты воспринимали осторожность со стороны медперсонала как чрезмерную, что способствовало их ощущению чужеродности среди других пациентов.

Мужчина, 33 года: *«Медсестра... всем делала капельницы без перчаток, без ничего, а когда доходил черед до меня, она уходила, облачалась... там маску, перчатки, с двумя кусками мыла мылась и потом с такой ненавистью вот это все делала... психологически неприятно, люди лежат, в палате 10 человек, все смотрят, неприятно, кому это приятно будет».*

Некоторые пациенты сообщали, что положительный ВИЧ-статус и наличие наркологического диагноза может привести к негативному отношению со стороны сотрудников в некоторых клиниках, в то время как другие участники сооб-

щали о позитивном опыте обращения и формально-нейтральном отношении к себе: «ни врач, ни медсестра не показывали вообще никаких эмоций» (женщина, 36 лет).

Мужчина, 38 лет: «Стоматолог еще был со мной с самого начала моей трезвости, знает, что у меня ВИЧ, и ее это вообще никак не беспокоит».

В большей степени стигматизация касается женщин, в частности, беременных и планирующих беременность. Многие из опрошенных сообщали о негативном отношении, стигматизирующем обращении и дискриминации женщин и пар из-за опыта потребления инъекционных наркотиков в центрах планирования семьи и гинекологических кабинетах. «Самое ужасное, с чем я столкнулась – это гинекология» (женщина, 34 года).

Мужчина, 38 лет: «У моей жены были какие-то случаи... связанные с беременностью, родами, какое-то странное отношение в женской консультации».

Пациенты говорили, что стыд мешает им обратиться за медицинской помощью: «стыдно было самой и видишь, как на тебя смотрят, как на того, кем ты и являешься, и не хочется никуда идти...» (женщина 36 лет).

## Вывод

Описывая свой опыт амбулаторного обращения и госпитализации в непрофильные по ВИЧ-инфекции или наркологии медицинские учреждения, пациенты чаще негативно высказываются об атмосфере и отношениях с медицинским персоналом. Негативное отношение и дискриминация связаны со страхом инфицирования ВИЧ, профессиональным выгоранием (бесполезная и бессмысленная работа) и предубеждениями в отношении ВИЧ+ ЛУИН (например, мнение, что такие пациенты не могут выполнять свой родительский долг).

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В данном исследовании мы изучали личный опыт участников исследования при обращении в различные медицинские учреждения. Выявлено, что стигматизация по поводу наркологического заболевания преобладала над стигматизацией по поводу ВИЧ-инфекции. Активное употребление наркотиков усиливало негативное отношение со стороны медицинского персонала, а у пациентов снижало мотивацию к лечению и усиливало чувство стыда и страх отказа в помощи при обращении в медицинские учреждения. Пациенты в состоянии ремиссии также сталкивались с негативным отношением. Участники сообщили об опыте стигматизирующего отношения и дискриминации из-за ВИЧ-инфекции и употребления инъекционных наркотиков в государственных медицинских учреждениях, оказывающих терапевтическую, хирургическую и стоматологическую помощь, а также в центрах планирования семьи, акушерства и гинекологии, особенно со стороны среднего и младшего медицинского персонала. Позитивным был опыт обращения и получения медицинской помощи в специализированных инфекционных стационарах и частных наркологических клиниках.

Наши результаты сходны с результатами ранее проведенного исследования в Волгограде [3], где пациенты сообщали о недоброжелательном отношении к себе со стороны медицинского персонала, которое проявлялось в сокращении времени приема, пренебрежительном и грубом отношении и ощущении, что медицинский работник хотел «скорее отделаться» и был раздражен. Было показано, что большинство медицинских работников испытывают страх перед возможностью заражения. В нашем исследовании многие пациенты также описывали страх и опасения, испытываемые медицинским персоналом, и их проявления в виде демонстрации мер по дополнительной безопасности при контакте. Нами продемонстрировано, что большинство пациентов сталкивались с негативным отношением, в основном, со стороны среднего и младшего медицинского персонала, и в меньшей степени со стороны врачей, тогда как в Волгограде, более часто – со стороны врачей или всего персонала.

В исследовании, проведенном в США, было показано, что ЛУИН испытывают на себе резкое стигматизирующее отношение со стороны медперсонала, включая врачей, медсестер и охранников, что также связано с недоверием к пациентам [7]. Больные полагают, что медицинские работники расценивают употребление наркотиков не как заболевание, а как моральное отклонение, и относятся к ЛУИН как к людям, которых ничего не интересует кроме употребления психоактивных веществ [7]. Так же, как и в России, в США ЛУИН скрывают свой наркологический статус и стараются обращаться за медицинской помощью только в случаях острой необходимости [7]. Пациенты описывали, что чувствовали стигматизацию и осуждение при отказе в продаже шприцев в аптеке в сельской местности [25].

Негативное отношение медицинских работников, которые не оказывают специализированную помощь больным ВИЧ-инфекцией и наркоманией, часто связано с недостатком знаний в области наркологии и инфекционных заболеваний (в частности, по ВИЧ-инфекции), а также профессиональным выгоранием и распространенными, несоответствующими действительности стереотипами о ВИЧ-инфекции и наркомании.

Результаты нашего исследования и данные работ отечественных и зарубежных авторов показывают универсальность и распространенность стигматизации в медицинских учреждениях.

Пациенты отмечают, что причиной стигматизации может быть недостаточность знаний. Поэтому обучение медицинского персонала учреждений общего профиля основам скрининга и специфики оказания помощи ВИЧ+ ЛУИН, а также повышение компетентности в общении с пациентами может быть ключом для снижения стигматизации. В настоящее время в США особое внимание уделяется важности использования корректной нестигматизирующей терминологии [18], которая может изменить существующие предубеждения среди медицинского персонала. Подобный опыт мог бы быть полезен и для России.

Изменение системы оказания медицинской помощи и обучение медицинского персонала требует времени и ресурсов. Интернализация стигмы в виде чувств стыда и вины, безысходности и фатализма, оказывает негативный эффект на здоровье [5; 10; 20]. Сопротивление стигматизации, т.е. способность справляться с ее негативным влиянием на здоровье может развиваться со временем [12]. Таким образом, интервенции, направленные на работу с чувствами интернализованной стигмы, могут позволить пациентам противостоять стигматизации [21; 28]. Однако в настоящее время существует мало исследований в данной области.

Ограничением данного исследования является то, что его участники – это жители Санкт-Петербурга, крупного мегаполиса, где существует возможность обращения в специализированные инфекционные и наркологические стационары и частные клиники, оказывающие различные медицинские услуги. В других регионах ситуация может отличаться, таким образом мы не можем перенести наши результаты на другие регионы РФ.

Тем не менее, данное исследование вносит существенный вклад в изучение наркологической стигматизации, поскольку на данный момент существует мало научных данных по этой теме, а результаты относительно ВИЧ-стигматизации, полученные нами, сходны с предыдущими отечественными исследованиями. Кроме того, нами проанализирован опыт обращения за медицинской помощью ВИЧ-инфицированных наркопотребителей в медицинские учреждения различного профиля, что необходимо использовать для улучшения взаимоотношений между врачом и пациентом, и, следовательно, для повышения обращаемости пациентов и качества оказываемой помощи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование стигматизации среди ВИЧ+ ЛУИН является важным в контексте роста эпидемии ВИЧ-инфекции и недостаточной обращаемости за наркологической помощью в России. Интервенции по преодолению стигматизации должны быть направлены на преодоление пациентами чувств стыда, вины и безнадежности как эмоций, сопутствующих стигме, и способствовать принятию ими прошлого опыта. Подобные интервенции должны быть направлены на лиц как в активном употреблении психоактивных веществ, так и находящихся в ремиссии. Кроме того, существует необходимость повышения уровня коммуникативной компетентности медицинского персонала при общении с пациентами. Также необходимо повышение уровня осведомленности и обучения медицинского персонала неспециализированных учреждений, особенно среднего и младшего, о путях распространения ВИЧ-инфекции и понимания употребления наркотиков как хронического заболевания, требующего определенного подхода в работе с данной категорией пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.А. Стигматизация в наркологии // Мед. панорама. – 2006. – №6. – С. 42–46.
2. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015–2016 гг.: статистический сборник. – М.: ФМИЦПН им. В.П. Сербского, 2017. – С. 1–183.
3. Чернявская О.А., Иоанниди Е.А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом // Соц. мед. – 2014 – №2. – С. 55–57.
4. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казан. мед. журн. – 2005. – Т. 86. – №1. – С. 55–58.
5. Ahern J., Stuber J., Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users // Drug. Alcohol. Depend. – Vol. 2–3. – N88 – P. 188–196. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014.
6. Barry C.L., McGinty, E.E., Bernice, M.S., Pescosolido, A., Goldman, H.H. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness // Psychiatr. Serv. – 2014. – Vol. 10. – N65. – P. 1269–1272. – doi: 10.1176/appi.ps.201400140.
7. Biancarelli D.L., Biello K.B., Childs E., Drainoni M.-Lynn., Salhaney P., Edeza A., Mimiaga M.J., Saitz R., Bazzi A.R. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings // Drug. Alcohol. Depend. – 2019. – N198. – P. 80–86. – doi: 10.1016/J.DRUGALCDEP.2019.01.037.
8. Bobrova N., Alcorn R., Rhodes T., Rughnikov I., Neifeld E., Power R. Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities // J. Subst. Abuse Treat. – 2007. – Vol. 4. – N33. – P. 373–378. –doi: 10.1016/j.jsat.2007.02.002.
9. Burke S.E. Calabrese S. K., Dovidio J.F., Levina O.S., Uusküla A., Niccolai L.M., Katri A.-O., Heimer R. A tale of two cities: Stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia // Soc. Sci. Med. – 2015. – N130. – P. 154–161. –doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.018.
10. Cama E., Brener L., Wilson H., von Hippel C. Misuse internalized stigma among people who inject drugs // Subst. Use Misuse. – 2016. – Vol. 12 – N51. – P. 1664–1668. – doi: 10.1080/10826084.2016.1188951.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Infections among persons who injected drugs. – URL: <https://www.cdc.gov/pwuid/infections.html>. – (accessed 05.09.2019).
12. Corrigan P.W., Larson J.E., Rüsçh N. Self-stigma and the «why try» effect: Impact on life goals and evidence-based practices // World Psychiatry. – 2009. – Vol. 2 – N8. – P. 75–81. – doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.
13. Corrigan P.W., Nieweglowski K. Stigma and the public health agenda for the opioid crisis in America // Int. J. Drug Policy. – 2018. – N59. – P. 44–49. –doi: 10.1016/j.drugpo.2018.06.015.
14. Earnshaw V.A., Bogart L.M., Dovidio J.F., Williams D.R. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience // Am. Psychol. – 2013. – Vol. 4. – N68. – P. 225–236. – doi: 10.1037/a0032705.
15. Evans C.R., Williams, D. R., Onnela, J., Subramanian, S. V. A multilevel approach to modeling health inequalities at the intersection of multiple social identities // Soc. Sci. Med. – 2018. – N203. – P. 64–73. – doi: 10.1016/j.socscimed.2017.11.011.
16. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. – New York: Touchstone, 1963. – 41 p.
17. Kelly J., Amirkhanian Y., Yakovlev A., Musatov V., Meylakh A., Kuznetsova A., Chaika N. Stigma reduces and social support increases engagement in medical care among persons with HIV infection in St. Petersburg, Russia // J. Int. AIDS Soc. – 2014. – Vol. 17. – Is. 453. – doi: 10.7448/IAS.17.4.19618.

18. Kelly J.F., Wakeman S.E., Saitz R. Stop talking «dirty»: Clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States // *Am. J. Med.* – 2015. – Vol. 1. – N128. – P. 8–9. –doi: 10.1016/j.amjmed.2014.07.043.
19. King E.J., Maman, S., Bowling, J. M., Moracco, K. E., & Dudina, V. The influence of stigma and discrimination on female sex workers' access to hiv services in St. Petersburg, Russia // *AIDS Behav.* – 2013. – Vol. 8. – N17. – P. 2597–2603. – doi: 10.1007/s10461-013-0447-7.
20. Luoma J.B., Twohig M.P., Waltz T., Hayes S.C., Roget N., Padilla M., Fisher G. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse // *Addict. Behav.* – 2007. – Vol. 7. – N32. – P. 1331–1346. – doi: 10.1080/16066350701850295.
21. Luoma J.B., Kohlenberg B.S., Hayes S.C., Bunting K., Rye A.K. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes // *Addict. Res. Theory.* – 2008. – Vol. 2. – N16. – P. 149–165. –doi: 10.1016/j.addbeh.2006.09.008.
22. Major B., Mendes W.B., Dovidio J.F. Intergroup relations and health disparities: A social psychological perspective // *Heal. Psychol.* – 2013. – N5. – N32 – P. 514–524. – doi: 10.1037/a0030358.
23. McGinty E.E., Goldman H.H., Pescosolido B., Barry C.L. Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination // *Soc. Sci. Med.* – 2015. – N126. – P. 73–85. – doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.010.
24. Merrill J.O., Rhodes L.A., Deyo R.A., Marlatt G.A., Bradley K.A. Mutual mistrust in the medical care of drug users // *J. Gen. Intern. Med.* – 2002. – Vol. 5 – N17. – P. 327–333. – doi: 10.1007/s11606-002-0034-5.
25. Paquette C.E., Syvertsen J.L., Pollini R.A. Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs // *Int. J. of Drug Policy.* – 2018. – N57. – P. 104–110. – doi: 10.1016/j.drugpo.2018.04.004.
26. Sayles J.N., Wong M.D., Kinsler J.J., Martins D., Cunningham W.E. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS // *J. Gen. Intern. Med.* – 2009. – Vol. 10. – N24. – P. 1101–1109. – doi: 10.1007/s11606-009-1068-8.
27. Simmonds L., Coomber R. Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population // *Int. J. Drug Policy.* – 2009. – Vol. 2 – N20. – P. 121–130. – doi: 10.1016/j.drugpo.2007.09.002.
28. Toussova O., Vetrova M., Blokhina E., Bushara N., Bendiks S., Gnatienco N., Krupitsky E., Lioznov D., Samet J., Lunze K. Dual stigma among HIV-positive PWID in Russia – a qualitative study : Poster presentation at NIDA International Forum in San Diego, 2018.
29. Vetrova M., Lunze K., Cheng D.M., Lloyd-Travaglini C., Blokhina E., Bendiks S., Gnatienco N., Luoma J., Krupitsky E., Lioznov D., Samet J.H. Double stigma among HIV-positive PWID in Russia and health care outcomes : Poster presentation at NIDA International Forum in San Diego, 2018.

## HIV INFECTION AND DRUG ADDICTION: DUAL STIGMA AND STRATEGIES TO OVERCOME IT

Toussova O.V.<sup>1</sup>, Vetrova M.V.<sup>1</sup>, Blokhina E.A.<sup>1</sup>, Bushara N.M.<sup>1</sup>, Krupitsky E.M.<sup>1,4</sup>, Lioznov D.A.<sup>1,2</sup>, Lunze K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University  
St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup> Smorodintsev Research Institute of Influenza  
St. Petersburg, Russia

<sup>3</sup> Boston University / Boston Medical Center  
Boston, USA

<sup>4</sup> V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology  
St. Petersburg, Russia

Drug addiction and co-occurring infectious diseases, including HIV and viral hepatitis, are stigmatized in society. This study aims to explore stigmatization experience and the physician-patient relationship in order to develop recommendations to reduce stigma and increase seeking for medical care among HIV positive people who inject drugs (PWID). HIV-positive PWID were enrolled in the study from medical settings and with snowball sampling. All participants completed short sociodemographic questionnaire and underwent in-depth semi-structured interview. With the help of NVivo software (QSR International Pty Ltd., ver. 12, 2019), by content analysis method the most relevant topics of the stigmatization experience were identified before and during medical treatment. 15 HIV-positive PWID (33% females; age (M ± SD) 36 ± 5 y.o.) participated in the study. It was revealed that stigmatization related to drug addiction prevailed over HIV-related stigma. Active drug use promoted and enhanced negative attitude of medical staff, reduced motivation for treatment among HIV-positive PWID and increased their feelings of shame and fear to get refusal when seeking treatment. Patients in remission also experienced negative attitudes of medical staff. Stigmatization has a significant impact on the health of a patient with HIV and dependence syndrome. Two potential strategies can be identified to improve quality of medical care for HIV-positive PWID. Firstly, this is a continuous increase in the level of education in addiction medicine and HIV infection for employees of medical care settings, including nurses. Secondly, interventions for patients aimed at struggling with feelings of internalized stigma, such as shame, guilt, and hopelessness, can help them resist stigma and improve relationships with healthcare providers.

**Keywords:** HIV/AIDS, people who inject drugs (PWID), stigmatization, Russia.