

АСПИРАНТСКИЙ СЕМИНАР

ГОТОВ ВИТАЛИЙ

аспирант Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы

GOTOV V.

post graduate student of the St.-Petersburg state institute of psychology and social work

ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ С НАРКОЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

FEATURES OF COPING-STRATEGIES AND PSYCHOLOGICAL PROTECTION OF HIV-INFECTED PEOPLE WITH DRUG ADDICTION

АННОТАЦИЯ: Представлены результаты сравнительного изучения механизмов психологических защит и копинг-стратегий у ВИЧ-инфицированных наркозависимых, с различным сроком заболевания. В исследовании приняли участие 40 человек. Выявлено, что в поведении ВИЧ-инфицированных с малым стажем заболевания преобладают малопродуктивные механизмы психологической защиты и совладания со стрессом. Обоснована необходимость психотерапевтической работы с ВИЧ-инфицированными, направленной на обучение механизмам саморегуляции и эффективным способам поведения в трудных жизненных и конфликтных ситуациях.

ABSTRACT: The data of comparative study of psychological protections and coping-strategies of HIV-infected drug addicted people with different term of illness are presented. Totally 40 subjects were investigated, among them: 20 - infected in 2008 year and 20 - infected in 2001 year. There was found use of not efficient mechanisms of psychological protection and coping-strategies in group of HIV-infected with small term of illness. There was proved the necessity of psychotherapeutic work with HIV-infected, directed on training of mechanism of self-regulation and effective ways of behavior in difficult situations.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: наркозависимость, ВИЧ-инфекция, личность, поведение, агрессия, стресс, адаптация, копинг-стратегии, психологическая защита.

KEY WORDS: HIV, personality, behavior, aggression, addiction, stress, adaptation, coping-strategies, psychological protection, drug addiction.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ВИЧ-инфекция относится к числу главных причин, уносящих наибольшее число жизней на нашей планете, и каждый год число ВИЧ-инфицированных увеличивается. Сегодня в России отмечаются самые высокие в мире темпы заболевания ВИЧ-инфекцией. Первый случай ВИЧ-инфекции был зафиксирован в России в 1987 году. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России к концу 2008 года составило более 430 тысяч за все годы наблюдения [12]. Санкт-Петербург является наиболее пораженным ВИЧ-инфекцией регионом Северо-Западного федерального округа и занимает одно из первых мест в Российской Федерации как по абсолютному числу ВИЧ-инфицированных, так и по распространенности заболевания

– 625 человек на 100 тысяч населения (при среднероссийском показателе 227 человек на 100 тысяч). На сегодняшний день, по данным отечественных эпидемиологов, подавляющее число случаев ВИЧ-инфекции (около 70–80 %) связано с инъекционным употреблением наркотиков. [11].

Вирус иммунодефицита человека, будучи на сегодняшний день неизлечимым заболеванием, становится все больше проблемой не только медицинского, но и психолого-социального характера [6, с.36]. Одной из актуальных проблем современной психологии является изучение психологической и социальной адаптации личности к динамичным, постоянно меняющимся условиям социума. В данном контексте, ВИЧ-инфекция представляет собой пример дезадаптирующей ситуации. ВИЧ-инфицированные пациенты обнаруживают высокий уровень стресса. Это проявляется в нарушении

общения, отчуждении от окружающих. Многие пациенты испытывают изменение настроения, подавленность, снижение значимости собственной личности, чувство уязвимости. Их психологическое состояние во многом определяется наличием неразрешимого конфликта между правом на жизнь и наличием неизлечимого заболевания [10]. Социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции проявляются на различных уровнях: индивидуальном, семейном, общественном. Влияние ВИЧ-инфекции на индивидуальном уровне проявляется в:

- изменении физического состояния,
- личностных изменениях, таких как: самооценка, самоуважение, уверенность в себе, самосознание (человек изменяет образ себя и отношение к себе),
- изменении социального положения заболевшего и отношения общества к нему (стигматизации) [8, 9].

В этих условиях разные личности по-разному организуют свою приспособительную тактику и применяют различные формы и способы защитно-совладающего поведения. В понятие «защитно-совладающее поведение» включена совокупность психологических защит и копинг-стратегий применяемых индивидом для совладания со стрессовой ситуацией. Главная задача такого поведения - поддержание физического и психического здоровья человека, удовлетворенности социальными отношениями.

В связи с этим, целью данного исследования был сравнительный анализ выраженности психологических защит и копинг-стратегий, а также личностных и поведенческих черт у ВИЧ-инфицированных с различными сроками заболевания.

Исследование проводилось на базе государственного учреждения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» г. Санкт-Петербурга в 2008 году. В исследовании приняли участие 40 человек обоего пола (19 мужчин, 21 женщина), состоящих на диспансерном учете учреждении.

Таблица 1.
Характеристики исследуемых групп

| Параметры | Группа №1 (2008 год) | Группа №2 (2001 год) |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Средний возраст, лет | 30 | 29 |
| Никогда не употребляли наркотические вещества | 40% | 10% |
| Высшее образование | 25% | 5% |
| Среднее образование | 60% | 80% |
| Общее образование (школа) | 15% | 15% |
| Работают | 55% | 25% |
| Состоят в браке | 45% | 30% |
| Диагноз известен в семье | 85% | 75% |

Из общего числа испытуемых были сформированы 2 разнополюсные группы по 20 человек, с различным стажем заболевания. В первую группу (далее, группа №1) вошли ВИЧ-инфицированные которые узнали о своем заболевании в 2008 (+/- 0,5) году. Во вторую группу (далее, группа №2) – ВИЧ-инфицированные узнавшие о своем ВИЧ-статусе в 2001 (+/- 0,5) году.

Средний возраст представителей группы № 1 - 30 лет; минимальный - 24 года, максимальный - 36 лет. 65% испытуемых, лица до 30 лет (включительно). Средний возраст группы № 2 - 29 лет; минимальный - 25 лет, максимальный - 35 лет. 70% испытуемых, лица до 30 лет (включительно).

40% испытуемых в группе № 1 никогда не употребляли наркотические вещества, а 60% являются активными потребителями наркотических веществ или находятся в ремиссии. Лишь 10% представителей группы № 2 никогда не употребляли наркотики.

Имеют работу 55% членов группы № 1 и 25% в группе № 2. Состоят в браке 45% и 30% соответственно. В подавляющем большинстве случаев диагноз ВИЧ-инфекция известен членам семьи и родственникам - 85% в первой и 75% во второй группах.

В процессе исследования использовался следующий диагностический инструментарий: методика определения индивидуальных копинг-стратегий Хайма Э., методика диагностики типологий психологической защиты Плутчика Р., модифицированный вариант опросника «Решение трудных ситуаций», методика определения личностного дифференциала Осгуда Ч., в адаптации сотрудников психоневрологического института имени Бехтерева В.М.

Обработка эмпирических данных осуществлялась с помощью методов математической статистики. На этапе обработки результатов исследования был использован пакет программ статистической обработки «STATISTICA» (версия 6) и Microsoft Excel 2003.

Для методики определения копинг-стратегий Хайма Э., применялось неметрическое шкалирование результатов теста. В таблице № 2 отражено суммарное количество выборов по каждой шкале. Максимальное количество выборов в группе № 1 отмечено по когнитивной стратегии типа «Относительность» и составляет 25% от общего числа выборов. Относительность - тенденция сравнивать свои проблемы с проблемами других. В случае ВИЧ-инфекции, за этой копинг-стратегией может скрываться удовлетворенность своим физическим состоянием, состоянием здоровья. На втором месте по числу выборов в данной группе находится критерий - «Сохранение самообладания» - 20% выборов (15% в группе № 2). На третьем, «установка собственной ценности» - 15%. Четвертое место (10%) занимает способность к «диссимилации» - т.е. придание травмирующей ситуации статуса не значимой и не актуальной. Данные особенности могут свидетельствовать о попытке ВИЧ-инфицированных с малым стажем заболевания снизить остроту переживаний в связи с полученным диагнозом. Для

членов группы № 2, значимую роль играет «религиозность». Предпочитаемыми копинг-стратегиями, в группе испытуемых с длительным стажем заболевания, являются: сохранение самообладания, рели-

гиозность, придача смысла, установка собственной ценности (по 15% соответственно).

Таблица 2.

Результаты исследования копинг-стратегий по методике Хайма

| Шкала | Группа №1 (2008 год) | Группа №2 (2001 год) | Достоверность различий |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| Игнорирование | 1 (5%) | 1 (5%) | не значимо |
| Смирение | 1 (5%) | 2 (10%) | не значимо |
| Диссимляция | 2 (10%) | 0 (0%) | не значимо |
| Сохранение самообладания | 4 (20%) | 3 (15%) | не значимо |
| Проблемный анализ | 1 (5%) | 3 (15%) | тенденция |
| Относительность | 5 (25%) | 0 (0%) | p<0,01 |
| Религиозность | 1 (5%) | 3 (15%) | тенденция |
| Растрянность | 1 (5%) | 2 (10%) | не значимо |
| Придача смысла | 1 (5%) | 3 (15%) | не значимо |
| Установка собственной ценности | 3 (15%) | 3 (15%) | не значимо |
| Протест | 1 (5%) | 0 (0%) | не значимо |
| Эмоциональная разрядка | 1 (5%) | 0 (0%) | не значимо |
| Подавление эмоций | 1 (5%) | 5 (25%) | тенденция |
| Оптимизм | 9 (45%) | 10 (50%) | не значимо |
| Пассивная кооперация | 2 (10%) | 2 (10%) | не значимо |
| Покорность | 0 (0%) | 0 (0%) | не значимо |
| Самообвинение | 6 (30%) | 3 (15%) | не значимо |
| Агрессивность | 0 (0%) | 0 (0%) | не значимо |
| Отвлечение | 3 (15%) | 3 (15%) | не значимо |
| Альтруизм | 1 (5%) | 4 (20%) | тенденция |
| Активное избегание | 5 (25%) | 4 (20%) | не значимо |
| Компенсация | 5 (25%) | 0 (0%) | p<0,01 |
| Конструктивная активность | 0 (0%) | 1 (5%) | не значимо |
| Отступление | 1 (5%) | 2 (10%) | не значимо |
| Сотрудничество | 3 (15%) | 2 (10%) | не значимо |
| Обращение | 2 (10%) | 4 (20%) | не значимо |

Указанные типы реагирования являются относительно продуктивными. Стоит отметить, что испытуемым «со стажем» характерно более частое использование продуктивной копинг-стратегии («Проблемный анализ») - 15% против 5%. Достоверные различия между двумя группами обнаружены по шкале «Относительность» - 25% и 0% (p<0,01). Можно предположить, что с течением времени, влияние данного критерия снижается в результате адаптации к диагнозу. Для обеих вы-

борок (45% и 50% выборов соответственно) характерно применение эмоциональной стратегии - «Оптимизм», относящейся к продуктивному типу реагирования. Оптимизм отражает веру индивида в собственные силы и возможности как субъекта деятельности. Применительно к ВИЧ, оптимизм может проявляться:

— в ситуации назначения терапии, по отношению к которой многие инфицированные возлага-

ют надежды связанные с улучшением физического и эмоционального состояния;

– в надежде, что лекарство от данного заболевания будет найдено.

Для группы № 1 характерен высокий уровень самообвинения - 30%. Эта особенность характерна для лиц с малым «стажем» жизни с ВИЧ; очень часто, в беседе с ними можно услышать слова - «я виноват», «мне стыдно». Особенностью группы № 2 является высокий уровень (25%) подавления эмоций и низкий (отсутствие выборов) - эмоциональной разрядки. В группе испытуемых с малым сроком заболевания по этим шкалам был выявлен низкий процент выборов. Стоит обратить внимание на то, что эти типы реагирования относятся к непродуктивным. В поведенческих копинг-стратегиях отмечен высокий процент выборов по шкале «Активное избегание» в обеих группах - 25% и 20% соответственно, относящейся к непродуктивному типу реагирования. Активное избегание может проявляться в нежелании регулярно проходить медицинские осмотры или посещать поликлинику/стационар «Центра СПИД». Такой тип поведения особенно характерен для ВИЧ инфицированных, которые недавно узнали о своем ВИЧ-статусе, и в особенности для мужчин. Для 25% представителей группы № 1 характерно использование механизма «компенсации». В группе № 2, «компенсация» не используется. Согласно Адлеру А., компенсация - это «повышенное, компенсаторное развитие физических, психических и личностных компонентов, возмещающее недостаток, реальный или мнимый» [4, с. 280]. Различия между двумя группами по этой шкале достоверны - $p < 0,01$. В случае ВИЧ-инфек-

ции компенсация может проявляться: в «ухуде в наркотики» или срыве ремиссии; или, наоборот - в повышении социальной активности, построении карьеры. Резюмируя данные полученные по методике определения индивидуальных копинг-стратегий Хайма Э., следует указать, что для всех ВИЧ-инфицированных, независимо от сроков заболевания, характерно незначительное преобладание непродуктивных копинг-стратегий. Для испытуемых с малым стажем заболевания характерно более частое использование когнитивных копинг-стратегий относительно продуктивного типа - 52% от общего числа выборов, против 46% в группе с большим стажем.

По результатам диагностики психологических защит были получены следующие данные (рисунок 1). Для испытуемых с малым сроком заболевания были получены высокие (79%) значения по шкале «Отрицание» (группа № 2 - 61%). Это механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства или какой-либо внутренний импульс, или отрицает самое себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью [5, 7]. Данный вид защиты может проявляться у некоторых ВИЧ-инфицированных в том, что они отрицают наличие у себя данного заболевания или избегают посещения врачей. Несмотря на разницу в показателях обеих групп по данной шкале, различия обнаружены между ними на уровне статистической тенденции ($p < 0,1$).

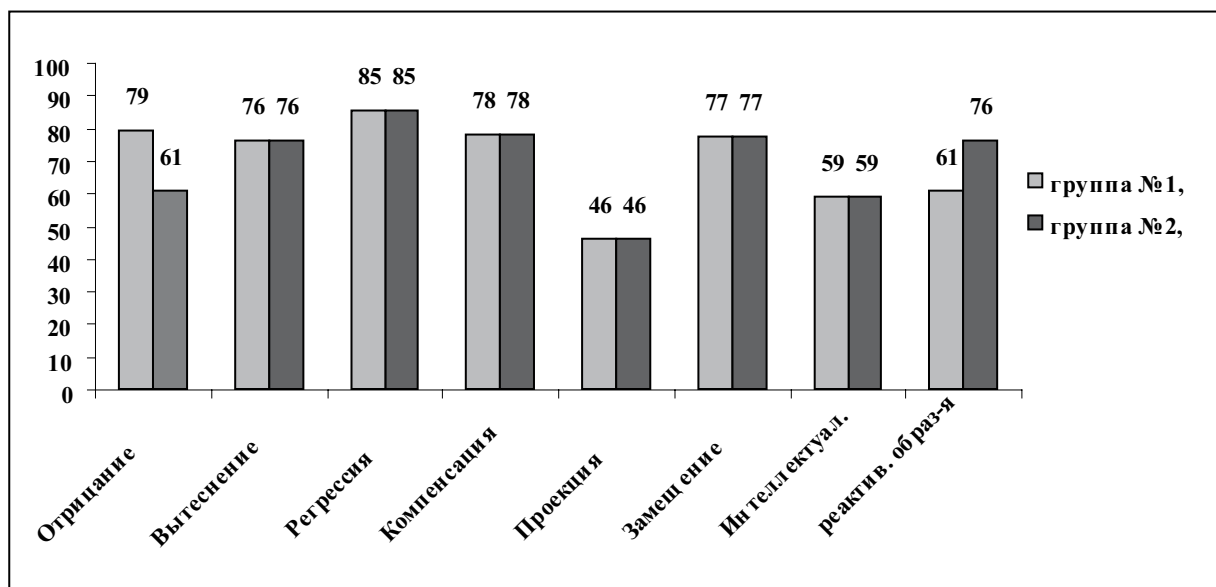


Рисунок 1. Графическое отображение результатов исследования психологических защит

Одинаковые значения для обеих групп были получены по шкалам «вытеснение» - 76% и «регрессия» - 85%. Однако, данные показатели находятся в диапазоне нормы (в соответствии с методикой). «Вытеснение» - механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, - становятся бессознательными [5, с.133]. В случае ВИЧ-инфекции механизм «вытеснения» может находить свое отражение, например в ситуации назначения лечения. Перед назначением ВИЧ-инфицированному АРВТ (антиретровирусной терапии) необходима обязательная консультация психолога, в процессе которой выясняется его мотив к получению терапии и его готовность к ней; выясняется уровень информированности о назначаемом лечении и проводится коррекция неверных и искаженных представлений о АРВТ, страхов с ней связанных; в процессе беседы выявляются факторы, которые могут оказать негативное влияние на режим приема препаратов. Такие консультации могут проводиться неоднократно перед назначением лечения. Иногда имеют место случаи, когда пациент, с которым неоднократно проводилась данная работа, говорит о том, что ничего не знает о АРВТ, или о том, что с ним никогда не проводились такие консультации. Также, в обеих группах группе наблюдается одинаковый уровень выраженности таких защит как: компенсация (78%), проекция (46%), замещение (77%) и интеллектуализация

(59%). Замещение, возможно, может проявляться в выражении агрессии по отношению к членам семьи или к себе (особенно у наркозависимых). Проекция находит свое отражение в ситуации, когда лечащему врачу ВИЧ-инфицированного приписываются такие качества и особенности как: предвзятость, агрессия. Стоит отметить, что такие реакции действительно имеют место в редких случаях, например по отношению к наркозависимым или лицам с гомосексуальной ориентацией.

Интеллектуализация у ВИЧ-инфицированных может выражаться в том, что в беседе с врачом или психологом они приводят собственные доводы относительно состояния своего здоровья. Среди части ВИЧ-инфицированных достаточно популярна теория, согласно которой ВИЧ-инфекция – выдумка, а АРВТ – способ получения прибыли в государственных масштабах. На уровне статистической достоверности отмечены различия по шкале «реактивные образования» ($p < 0,1$) для испытуемых с длительным сроком заболевания.

Методика «Личностный дифференциал» показала, что испытуемые обеих групп идентифицируют себя по шкале «Оценка» в диапазоне средних значений (рисунок 2). Эти показатели говорят о критичном отношении испытуемых к себе, некоторой неудовлетворенности своими достижениями, недостаточном уровне принятия себя.

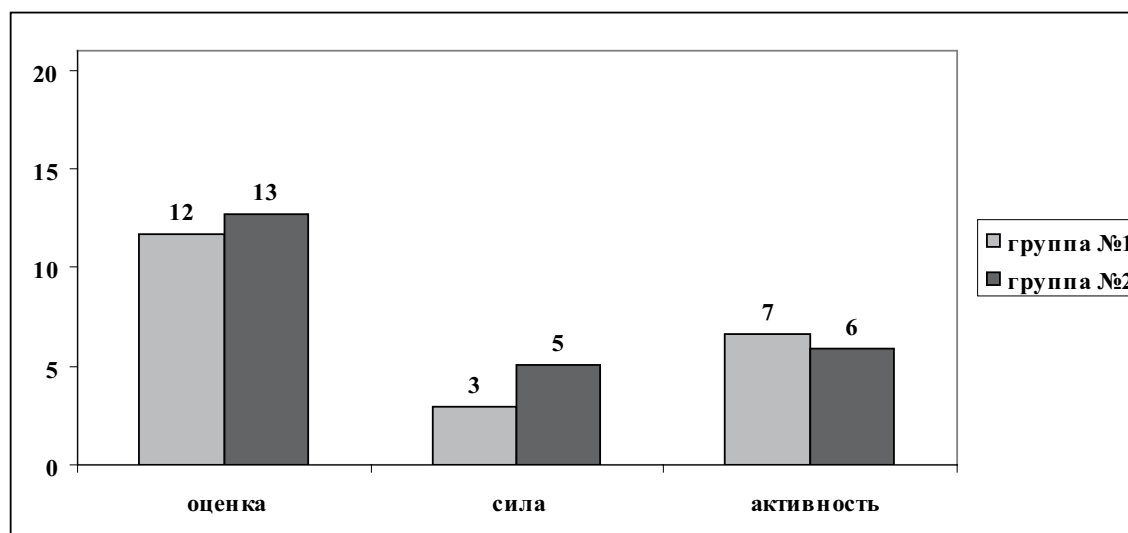


Рисунок 2. Данные полученные по методике «Личностный дифференциал».

По шкале «Сила» показатели обеих выборок находятся в интервале низких значений. Низкие значения обеих групп позволяют говорить о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок, астенизации и тревожности (на фоне заболевания, аддиктивного поведения или общего состояния здоровья). Данные особенности могут быть обусловлены процессом

адаптации к диагнозу. Показатели «Активности» обеих групп находятся в пределах низких значений, что может указывать на интровертированность, определенную пассивность испытуемых. Отмечено, что проводимые ранее исследования индивидуальных характеристик ВИЧ-инфицированных подтверждают, наличие у них таких реакций как: тревожность, чувство утраты надежды, агрессивность (особенно на начальном этапе заболевания) [1,2].

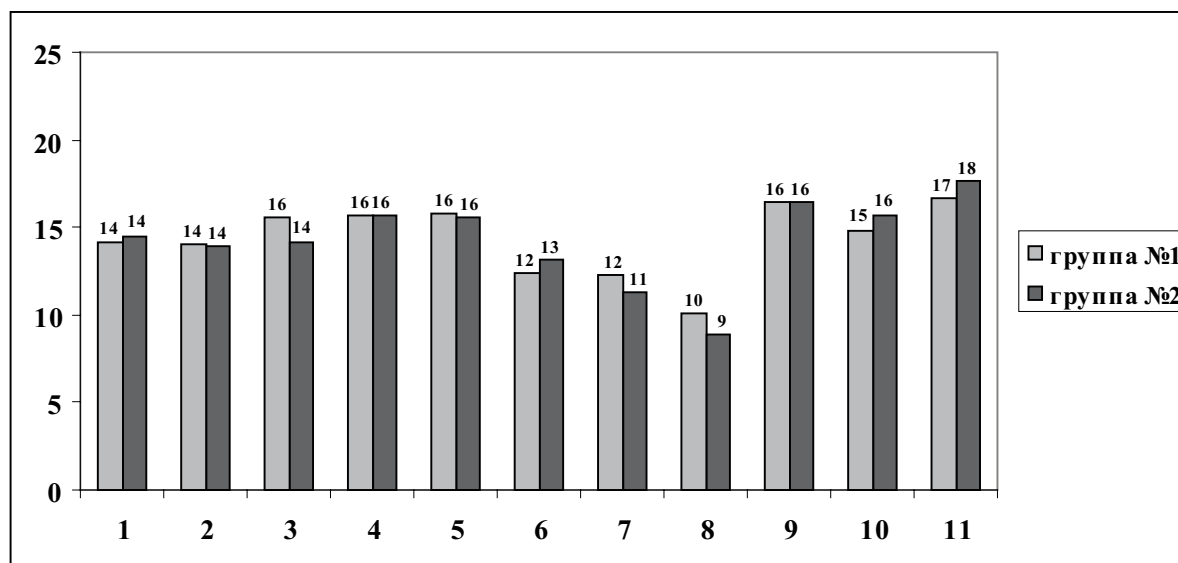


Рисунок 3. Результаты, полученные по опроснику «Решение трудных ситуаций».

Значения шкал: 1-уход, 2-наркотизация, 3-сравнение своих проблем с проблемами других, 4-механизмы снижения психического напряжения, 5-вербальная агрессия, 6-агрессия к людям, 7-агрессия к предметам, 8-агрессия к себе, 9-интропунитивное отношение к ситуации, 10-компенсация, 11-возрастание усилий к достижению целей.

Сравнительный анализ данных по методике «Решение трудных ситуаций» не выявил достоверных межгрупповых различий. Показатели обеих выборок по данной методике находятся в интервале средних значений (рисунок 3). Стоит отметить, что количественные показатели обеих групп практически равны между собой. Несколько более высокие значения в группе испытуемых с малым сроком заболевания выявлены по шкалам: «сравнение своих проблем с проблемами других», «агрессия к себе» и «агрессия к предметам». Данные особенности можно отнести к процессу психологической адаптации к диагнозу. В группе № 2 обнаружены статистические различия по следующим показателям: «агрессия к людям», «компенсация» и «возрастание усилий к достижению целей». Таким образом, для ВИЧ-инфицированных с длительным сроком заболевания характерна чуть более высокая напряженность компенсаторных механизмов, которые могут выражаться в проявлении аутоагрессии или выражаемой в форме замещения (агрессия к предметам).

Корреляционный анализ показал следующее:

– Защитно-совладающее поведение лиц с малым сроком заболевания характеризуется большей активностью. При этом, системообразующими элементами являются «Регрессия», «Замещение», «Уход» и «Наркотизация». Таким образом, для индивида который впервые узнал о своем диагнозе характерны следующие особенности: проявление агрессии, наличие аутодеструктивных тенденций в форме замещения и наркотизации

– В группе с длительным сроком заболевания, наибольшее количество связей образуют такие элементы как «Замещение» и «Активность». Защитно-совладающее поведение таких ВИЧ-инфицированных характеризуется тенденцией к меньшему проявлению агрессивности и большей личной и социальной активностью.

Можно сделать вывод, что со временем, в личности ВИЧ-инфицированного формируется более продуктивный механизм совладания со стрессом посредством включения в него следующих элементов: интеллектуализации, повышения активности индивида, а также за счет снижения влияния таких механизмов как: «регрессия», «уход» и «наркотизация». Те выявленные изменения свидетельствуют о качественном изменении в защитно-совладающем поведении ВИЧ-инфицированных с различным сроком заболевания.

Проведенное исследование показало:

– Для лиц, с небольшим сроком ВИЧ-инфицированности характерно применение когнитивной копинг-стратегии по типу «Относительность» (т.е. тенденции сравнивать свои проблемы с проблемами других) и поведенческой копинг-стратегии - «Компенсация» ($p < 0,01$). Также, в данной группе обнаружен в 2 раза более высокий (30% выборов) уровень самообвинения. «Предпочитаемой» психологической защитой ВИЧ-инфицированных с малым сроком заболевания является – «Отрицание» (обнаружено достоверное различие). Использование ВИЧ-инфицированными с малым сроком заболевания таких механизмов защитно-совладающего поведения, косвенно свидетельствует об их бессознательной попытке справиться с негативными переживаниями, связанными с получением диагноза.

– Испытуемым с длительным сроком заболевания свойственно проявление таких копинг-стратегий как «смирение», «проблемный анализ», «придача смысла» и «альтруизм», в сочетании с психологической защитой по типу «реактивного

образования». Эти данные могут говорить об адаптации и более толерантном отношении респондентов к своему заболеванию.

Таким образом, в поведении ВИЧ-инфицированных с малым стажем заболевания преобладают малопродуктивные механизмы защиты и совладания со стрессом. Данные паттерны поведения, являясь недостаточно эффективными и не способствуют формированию реалистичного отношения к заболеванию.

У всех ВИЧ-инфицированных, независимо от сроков заболевания, отмечен низкий уровень принятия себя, пассивность и преобладание экстернального локуса контроля, однако достоверных различий между группами не обнаружено.

В большинстве случаев сообщение о выявлении у человека ВИЧ-инфекции наносит ему психическую травму. Основная психотерапевтическая задача специалиста, в этой ситуации – создать

возможность решения возникающих личностных и практических проблем [2, с.25].

В связи с этим рекомендовано:

– Обязательное проведение консультаций психолога с ВИЧ-инфицированными, у которых впервые выявлено данное заболевание. На практике, такие консультации проводятся не всегда.

– Также, необходимо проводить обязательные консультации психолога с лицами, которые скрывают свой диагноз в семье, т.к. отсутствие поддержки может способствовать повышению невротизации.

– Необходимо активно направлять ход беседы для выявления признаков психогенных реакций и их последующей коррекции.

– Целесообразным представляется обучение ВИЧ-инфицированных механизмам саморегуляции и эффективным способам поведения в трудных жизненных и конфликтных ситуациях.

-
1. *Беляева В.В.* Особенности психической деятельности заразившихся ВИЧ после сообщения об инфицированности // Независимый психиатрический журнал – 1995. - № 3. - С. 21-23.
 2. *Беляева В.В.* Психогенные реакции и психотерапевтическая тактика при сообщении диагноза ВИЧ-инфекции // Медицинская помощь. – 1993. - № 5. - С. 24-25.
 3. *Волкова Е.А.* Личностные особенности гемблеров и наркозависимых / Е. А. Волкова, А. Ю. Егоров // Наркология. - 2007. - № 4. - С. 39-43.
 4. *Головин С.Ю.* Словарь психолога-практика. - 2-е изд., перераб. и доп. Мн.: Харвест, 2001.
 5. *Грановская Р.М.* Психологическая защита. СПб.: Речь, 2007.
 6. *Санникова О.Е., Федорова Л.М., Сидоров П.И.* Особенности личностных и нейрофизиологических характеристик у ВИЧ-инфицированных осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью // Наркология. - 2008. - № 2.-С.36-39.
 7. *Тарт Ч.* Пробуждение. Преодоление препятствий к реализации возможностей человека. М.: Издательство Трансперсонального Института, 1997.
 8. *Шахгильдян В.И. и др.* Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Учебный материал для преподавателей. Федеральный научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом РОСПОТРЕБНАДЗОРА РФ, Москва 2006.
 9. *Шахгильдян В.И. и др.* Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Учебный материал для членов команды по оказанию паллиативной помощи. Федеральный научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом РОСПОТРЕБНАДЗОРА РФ, Москва 2006.
 10. <http://www.acetrussia.ru/?selection=facts-193>
 11. <http://www.hivpolicy.ru/topics/index.php?id=42®ion=7246&page=96>
 12. <http://www.hivrussia.net/stat/2008/06.shtml>