ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Кафедра общей и клинической психологии**

Зав. кафедрой общей

и клинической психологии,

д. пс. н., профессор

Исаева Е.Р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель ГАК

д.пс.н.,профессор

Соловьева С.Л.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа на тему:

**Личностный потенциал и принятие решения в отношении**

**антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных пациентов**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:

Студентка 6 курса

Факультета клинической психологии

Юдаева Татьяна Эдуардовна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Научный руководитель:

ассистент кафедры общей и

клинической психологии,

кандидат психологических наук

Кольцова Ольга Владимировна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Санкт-Петербург

2019

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| ВВЕДЕНИЕ | 3 |
| 1. ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ | 10 |
| 1.1. Современные представления о ВИЧ-инфекции и особенностях ее лечения (приверженность и непрерывность лечения, социально-психологические барьеры лечения) в отечественной и зарубежной литературе | 10 |
| 1.2. Личностный потенциал ВИЧ-инфицированных пациентов в их адаптации к диагнозу и в процессе формирования новых поведенческих установок в условиях хронической болезни | 24 |
| Резюме по первой главе | 46 |
| 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | 48 |
| 2.1. Выборка и опросный метод | 48 |
| 2.2. Методическое обеспечение эмпирического исследования | 49 |
| 2.3. Математико-статистические методы обработки данных | 52 |
| Резюме по второй главе | 54 |
| 3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ | 55 |
| 3.1. Описательный анализ выборки | 55 |
| 3.2. Индивидуально-психологические и социально-поведенческие характеристики ВИЧ-инфицированных пациентов в группах сравнения | 61 |
| 4. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ | 79 |
| ВЫВОДЫ | 94 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 96 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ | 97 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | 99 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ | 120 |

**ВВЕДЕНИЕ**

Сегодня основной объем исследований по проблемам ВИЧ/СПИД преимущественно проводится в интересах доказательной медицины, часто минуя области психологического знания о природе поведения пациента в ситуации хронической, социально значимой болезни, не рассматривая при этом индивидуально-психологических свойств его личности, которые, во многом определяют дальнейшую судьбу пациента, его жизнеспособность. К таким важным регулятивным психологическим показателям можно отнести: отношение к себе и своему телу, собственному здоровью, принятие диагноза, мотивацию и приверженность к непрерывному лечению, готовность к изменению жизненного стереотипа в условиях болезни, способность преодолевать субъективную неопределенность.

Актуальность проведенного исследования определяется сравнительно небольшим объемом научных работ в области системного анализа индивидуально-психологических характеристик и особенностей саморегуляции деятельности человека в ситуации приспособления к медленно прогрессирующему заболеванию, предусматривающему пожизненный курс медикаментозного лечения. В нашей работе акцент делается на психологических и поведенческих характеристиках индивида, связанных с установкой личности на изменение привычного образа жизни, на поддержание пожизненного режима антиретровирусной терапии (АРВТ), убеждениями в действенности и необходимости принимаемых мер по здоровьесбережению.

Результаты исследования применимы в практике психологического консультирования и медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных пациентов, в работе «Школ пациента» по формированию устойчивой непрерывности лечения.

При своевременно начатой АРВТ и соблюдении пациентом рекомендаций по овладению навыками здорового образа жизни ВИЧ в организме инфицированного может несколько десятков лет существовать в подавленном состоянии, не переходя в более тяжелые стадии. Сам же человек, контролирующий свое поведение, в данном случае многие годы сможет сохранять свою социальную активность и поддерживать оптимальное качество жизни. Создание охранительного психологического режима для ВИЧ-инфицированных пациентов также способствует усвоению ими нерискованных форм поведения и развитию индивидуальных стратегий защиты здоровья.

Низкая приверженность ВИЧ-инфицированных пациентов к АРВТ на современном этапе развития эпидемии представляет существенную проблему. По данным ЮНЭЙДС (UNAIDS, 2013) в 2012 году каждый пятый пациент, начавший АРВТ в странах с низким и средним уровнями доходов, прекратил лечение уже через год. Следует отметить, что в результате прерывания АРВТ, а также несформированной приверженности непрерывному лечению развивается нечувствительность ВИЧ к имеющимся в арсенале современной медицины препаратам. Распространение первично-устойчивых штаммов ВИЧ существенно повышает стоимость лечения и снижает выживаемость пациентов в общей популяции.

Динамика эпидемии ВИЧ-инфекции в России на 2018 год такова, что растет число больных на продвинутых стадиях инфекции, требующих назначения АРВТ (Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., 2012; Беляков Н.А., Рахманова А.Г., 2013; Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., 2013). Средняя продолжительность жизни ВИЧ-инфицированного человека в отсутствие АРВТ с момента инфицирования до смерти составляет 10 – 11 лет (Бартлетт Дж., 2010). Особенностями эпидемии ВИЧ-инфекции в России на сегодня также являются: наличие коморбидных и тяжелых форм заболевания (Пантелеева О.В., Рассохин В.В., Романова С.Ю., Федоров П.Н., Минин П.В., Колпащикова Е.Ю., 2011;Леонова О.Н., Степанова Е.В., Беляков Н.А., 2017; Олейник А.Ф., Фазылов В.Х., 2017); преобладание доли полового пути инфицирования вирусом у впервые выявленных пациентов (Пантелеева О.В. и др., 2011; Латышева И.Б., Воронин Е.Е., 2016); выход эпидемии из так называемых «групп риска» (например, потребителей инъекционных наркотиков) в общую популяцию (Гришина Ю.Ю., Кухтевич Е.В., Мартынов Ю.В., 2011).

Общее число зарегистрированных в нашей стране ВИЧ-инфицированных людей, за все годы наблюдения, на 1 июля 2018 года составило 1,3 миллиона (1 272 403) человек (что на 2,3% больше, чем за аналогичный период 2016 г.), из них умерли 293 960 человек (РОСПОТРЕБНАДЗОР, 2018). Если пересчитать в процентах, то окажется, что 0,7% населения РФ инфицированы ВИЧ, преимущественно это люди в молодом трудоспособном возрасте (18 – 49 лет) (Гузенкова Т.С., Петровская И.А., Николайчук О.В., 2015;Ладная Н.Н., Покровский В.В., Дементьева Л.А., Симашев Т.И., и др., 2016). По критериям ВОЗ и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) эпидемия ВИЧ-инфекции может рассматриваться как генерализованная, если заражено более 1% населения. Поэтому ситуацию по распространению ВИЧ-инфекции в нашей стране можно характеризовать как глобальный кризис здоровья (Покровский В.В., 2016; Алимов А.В., Новоселов А.В., Смирнов Г.В., 2016).

Успешность лечения ВИЧ-инфекции сегодня зависит не только от возможностей современной медицины, доступности помощи и АРВТ, но и от способности самого пациента инициативно и осмысленно принимать участие в процессе лечения. Именно проблема несоблюдения пациентами лечебного режима побудила научную общественность обратить внимание на исследования психики и индивидуально-психологических особенностей людей с ВИЧ-инфекцией (Беляева В.В., 1998; Беляева В.В., Ручкина Е.В., 1999; Воронин Е.Е, Фомин Ю.А, Костин Д.В, Улюкин И.М., 1999; Улюкин И.М., 2009; Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г., 2010; Валеева A.M., Мухаметова Р.Н., Синюшина H.H., 2010; Гречаный C.B., 2012; Кольцова О.В., Сафонова П.В., Рыбников В.Ю., Штерн М.А., 2013; Мурыванова Н.Н., Горбунов В.И., Ткаченко Т.Н., и др., 2015; Кудрич Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н., 2015; Валиева Т.В., Ельцова А.В., 2016).

Жизнь с диагнозом ВИЧ требует от человека немалой смелости и терпения. Часто нарушение приверженности лечению происходит за счет осознанных и малоосознаваемых негативных психологических реакций пациента (Ликкен Д., 2003). Человек может больше страдать от этих, сугубо психологических, переживаний и их последствий, чем от непосредственных физиологических проявлений ВИЧ-инфекции. Поэтому проведенное исследование особенностей личностного потенциала и факторов, способствующих принятию решения в отношении АРВТ у ВИЧ-инфицированных пациентов, является актуальным.

**Цель дипломной работы** – изучить индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов, связанные с эффективностью механизмов саморегуляции личности и ее поведения в условиях хронической болезни, требующей длительного медикаментозного лечения.

Достижение поставленной цели исследования предполагает выполнения ряда **задач**:

1. Исследовать индивидуально-психологические особенности, связанные с устойчивостью приверженности непрерывному длительному лечению, у пациентов с ВИЧ-инфекцией.
2. Оценить индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов с точки зрения гендерных различий.
3. Изучить индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов, обусловленные длительностью течения заболевания с момента верификации диагноза.
4. Выявить индивидуально-психологические особенности, характерные для ВИЧ-инфицированных пациентов, не соблюдающих рекомендации по непрерывному режиму лечения.
5. Определить маркеры эффективности саморегуляции личности, облегчающей ее противодействие негативным последствиям ВИЧ-инфекции.

**Объект исследования** – ВИЧ-инфицированные пациенты в возрасте от 20 до 50 лет, со стажем заболевания ВИЧ-инфекция от 1 года до 23 лет, находящиеся на амбулаторном и стационарном режиме наблюдения в Центре СПИД и получающие АРВТ не менее 6 месяцев до начала исследования.

**Предмет исследования** – личностный потенциал ВИЧ-инфицированных пациентов в его связи с лечебным процессом.

В качестве **гипотез исследования** были выдвинуты следующие предположения:

1. ВИЧ-инфицированные пациенты, находящиеся на амбулаторном режиме наблюдения, имеют более высокие показатели социального функционирования в сравнении с пациентами, находящимися на стационарном лечении в Центре СПИД.
2. Чем сильнее у ВИЧ-инфицированных пациентов выражены непродуктивные стили принятия решений в условиях неопределенности, а также факторы, отражающие общее психологическое и социальное неблагополучие, тем с большей частотой можно ожидать случаи развития неустойчивой приверженности непрерывному лечению.
3. Индивидуально-психологические характеристики, определяющие ресурсы личностного потенциала, имеют различную степень выраженности у ВИЧ-инфицированных мужчин в сравнении с ВИЧ-инфицированными женщинами.
4. С возрастанием длительности течения заболевания ресурсы личностного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов ослабляются, учащаются случаи развития неустойчивого медикаментозного лечения.

Для решения поставленных задач и проверки предлагаемых гипотез был подобран **комплекс экспериментально-психологических методик**, адекватный цели исследования: «Шкала комплаентности Мориски-Грин» (MMAS-4), «Шкала оценки здоровья пациента» (PHQ-SADS), «Изучение самооценки социальной значимости болезни» А.И. Сердюка, «Психические состояния личности» (PII) А.Т. Джерсайлда, «Новый опросник толерантности к неопределенности» (НТН) Т.В. Корниловой, «Мельбурнский опросник принятия решений»(MDMQ).

**Научно-методической основой исследования** выступили теоретические подходы и положения, разработанные российскими и зарубежными исследователями: принципы детерминизма и единства сознания и деятельности (С. Л. Рубинштейн); принцип системного подхода (Б. Ф. Ломов); модель холистического представления о здоровье (Р. И. Айзман, Н. Ф. Лысова, Я. Л. Завьялова); транстеоретическая модель стадий изменения поведения и ее применение в здравоохранении (Дж. О. Прохаска, К. ДиКлементе); теория рискованного поведения в области здоровья (А. В. Шаболтас, Д. А. Жуков, Р. В. Скочилов); теория обоснованных действий (И. Айзена, М. Фишбейна); теория установки (Д. Н. Узнадзе); подходы и принципы психологического изучения влияния хронической болезни на психическую деятельность человека (В. В. Николаева); положения о личностном потенциале (Д. А. Леонтьев, А. Ж. Аверина, А.Г. Маклаков, С. Т. Посохова); представления о толерантности к неопределенности как диспозиционной черте личности (Т. В. Корнилова); медико-психологические и психосоциальные представления о ВИЧ-инфекции и о связанных с ней явлениях (В. В. Покровский, В. Н. Зимина, В. В. Беляева, О. Г. Юрин, Т. Н. Ермак, В. И. Шахгильдян, Е. С. Белозеров, Е. И. Змушко, Н. Н. Ладная, А. Г. Рахманова, Д. Ликкен, Дж. Бартлетт). Опора на данные теоретические положения позволила описать связи между изучаемыми индивидуально-психологическими явлениями.

В исследовании был реализован комплексный подход, основными методами исследования стали: клинико-психологический метод, экспериментально-психологический метод и метод математической обработки данных. Были использованы методы описательной, сравнительной непараметрической статистики с определением выраженности связей изучаемых переменных (Петри А.,2009). Клинико-психологический метод включал в себя исследование истории болезни и письменное анкетирование пациентов. Анкета была разработана для анализа социально-демографических данных ВИЧ-инфицированных пациентов и содержала в себе 30 пунктов.

Исследование проведено в соответствии с Европейской Конвенцией в области биоэтики экспериментов на человеке «О правах человека и биомедицине» (1996), а также в соответствии с нормами федерального законодательства РФ, устанавливающими запреты и требования при работе с информацией о гражданах: ФЗ от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных», ФЗ от 22.07.1993 № 5487-1 «Об охране здоровья граждан».

Выражаю свою благодарность сотрудникам отделения медицинской и социальной психологии СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», а также «равным» консультантам группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ «МАЯК» и лично Верещагину Артёму за содействие в проведении исследования.

**1. ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

**1.1. Современные представления о ВИЧ-инфекции и особенностях ее лечения (приверженность и непрерывность лечения, социально-психологические барьеры лечения) в отечественной и зарубежной**

**литературе**

Эпидемия ВИЧ-инфекции, регистрируемая в мире с начала 1980-х годов, в настоящее время продолжает свое развитие более чем в 133 странах пяти континентов, и, по данным Joint United Nations Programmeon HIV/AIDS (UNAIDS, 2017), охватывает более 36,7 36,7 [34,0 – 39,8] миллионов живущих человек, в том числе около 3 миллионов детей в возрасте до 15 лет. Показатель пораженности ВИЧ взрослого населения в мире превысил 0,8%. В России среди потребителей инъекционных наркотиков количество нововыявленных случаев заражения ВИЧ не снижается, а численность инфицированных половым путем продолжает расти (Беляков H.A., Виноградова Т.Н., Давыдова A.A., 2011; Ладная Н.Н., Покровский В.В., Дементьева Л.А., Симашев Т.И., и др.,2015).

Сложности в сдерживании и прерывании распространения ВИЧ-инфекции в мире во многом связаны с тем, что ВИЧ не подчиняется основным правилам в борьбе с инфекционными заболеваниями, установленным на устранении одного из компонентов эпидемиологического процесса: либо источника заболевания, либо пути передачи, либо восприимчивого контингента (Ройт А., Бростофф Дж., Мейл Д., 2000). Текучесть антигенного состава ВИЧ приводит к появлению большого числа новых штаммов, что позволяет возбудителю ускользать от иммунной системы инфицированного хозяина и приобретать лекарственную резистентность к ныне существующим антиретровирусным препаратам (Букринский М.И.,1987; Ада Г., Рамсей А., 2002; Хаитов Р.М., 2017).В связи с этим проблема заболеваемости и смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией не лишается своей актуальности.

ВИЧ способен проникать далеко не во все виды клеток, а только в клетки-мишени, которые несут на своей мембране специальный белок-рецептор CD4+(Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А., 2004; Хаитов Р.М., 2017). В результате работа иммунной системы угнетается, прогрессирует специфическое системное истощение популяции CD4+ Т-лимфоцитов, и развивается синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД). Организм больного утрачивает способность противостоять условно-патогенным инфекциям и неопластическим процессам, возникают вторичные оппортунистические заболевания и поражения ЦНС, которые не присущи людям со здоровой иммунной системой (Митин Ю.А., 1997; Гранитов В.М., 2003).

ВИЧ-инфекция при естественном течении без лечения прогрессирует в течение 3 – 20 лет и заканчивается гибелью заражённого лица, а с момента проявления первых признаков СПИД на терминальной стадии средняя продолжительность жизни человека составит от нескольких месяцев до 3 лет (Беляева В.В., 1997; Либман Г., Макадон X. Дж., 2012).

Основной механизм передачи ВИЧ-инфекции – гемоконтактный. В наиболее высоких и опасных, с точки зрения вероятности инфицирования, концентрациях ВИЧ содержится в: крови, семенной и предъэякуляторной жидкостях, менструальных выделениях, женском молоке (Белозеров Е.С., Змушко Е.И., 2003). Наиболее распространённый естественный горизонтальный путь передачи ВИЧ, связанный с выходом вируса во внешнюю среду – это незащищённые гомосексуальные и гетеросексуальные половые контакты всех видов (Плавинский С.Л. и др.,2009; Беляков H.A., Виноградова Т.Н., Давыдова A.A., 2011). Прямым естественным вертикальным путем ВИЧ передаётся от инфицированной матери к плоду: трансплацентарно в антенатальный период, интранатально при травмах родовых путей, а также в процессе грудного вскармливания от матери к ребёнку через молоко (Терехина Л.А. и др., 2007; Барановская Е.И., Жаворонок С.В., и др., 2011). Существуют и искусственные непрямые пути передачи ВИЧ-инфекции. Крайне редкий, артифициальный способ инфицирования предполагает проникновение ВИЧ в организм инструментальным путём при лечебно-диагностических манипуляциях в медицинских учреждениях (Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П., 2010; Хаитов Р.М., 2017). Однако на современном этапе развития медицинских технологий риск инфицирования пациентов ВИЧ в лечебных учреждениях сведён к абсолютному минимуму. Наиболее же распространённым парентеральным способом передачи ВИЧ-инфекции на сегодняшний день остаётся инъекционное введение наркотических веществ с многократным использованием одного шприца группой наркопотребителей (Султанов Л.В., Демьяненко Э.Р., 2010; Леви Дж.Э., 2010).

Учитывая возможные пути распространения заболевания, специалисты в области ВИЧ-инфекции выделили несколько «групп риска» (Баринова А.Н., 2012). Подобное выделение научно аргументировано, но одновременно с этим в среде широкой общественности оно провоцирует усиление стигматизации определённых представителей населения и дегуманизацию самого заболевания, что, в свою очередь, усиливает дискриминационное отношение к ВИЧ-инфицированным людям в обществе (Бородкина О.И., 2008). Оборотной стороной выделения уязвимых контингентов также может стать искажённое и беспечное представление о том, что людям, не попадающим под критерии групп риска, можно не беспокоиться о заражении. Однако, на наш взгляд, на современном этапе динамики распространения ВИЧ-инфекции целесообразно говорить не о конкретных группах риска заражения ВИЧ, а о рискованном поведении потенциально любого человека.

К факторам, влияющим на риски распространения ВИЧ-инфекции можно отнести (Дик П.В., 2008):

* Биологические корреляты:

– концентрация вируса в крови, сперме, вагинальной жидкости;

– генетическиесубтипы вируса;

– способность вируса проникать в клетку;

* Психологические корреляты:

– возраст;

– индивидуально-характерологические особенности;

– стили копинга (стили совладания с повседневными стрессами и управления ими);

– психопатологические и психологические нарушения личности;

– химические зависимости (употребление психоактивных веществ);

* Социальные корреляты:

– партнерство и формы полового поведения (как в гетеросексуальных, так и гомосексуальных парах);

– культурные и социально-экономические факторы (образовательный уровень, религиозные убеждения, уровень доходов, жилищно-бытовые условия, социальное окружение);

– уровень сексуального насилия и гендерное неравенство в обществе;

– общественное мнение (воспринимаемые социальные нормы, уровень стигматизации).

Поведение, приводящее людей к инфицированию ВИЧ, почти всегда является результатом сложного сочетания разноуровневых факторов.

Скорость протекания ВИЧ-инфекции, продолжительность фаз заболевания и выраженность клинико-морфологических проявлений часто индивидуально вариативны и зависят от: титра и количества вируса, попавшего в организм; интенсивности его экспозиции в организме; количества эпителиальных рецепторов CD4+, имеющих сродство к ВИЧ; наличия вторичной инфекции; и, наконец, образа жизни и психоэмоционального состояния инфицированного лица (Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М., 1996; Фаучи Э., Лейн К., 2002). Согласно принятой в России клинической классификации (приказ МЗ CP РФ от 17.03.2006 №166), патогенез ВИЧ-инфекции в организме проходит ряд стадий: стадию инкубации (стадию 1), стадию первичных проявлений с несколькими вариантами течения (стадию 2), бессимптомную стадию (стадию 2А), период острой ВИЧ-инфекции без вторичных заболеваний (стадию 2Б), период острой ВИЧ-инфекции с вторичными заболеваниями (стадию 2В), субклиническую стадию (стадию 3), стадию вторичных заболеваний (стадию 4) с фазами 4А, 4Б, 4В (по возрастанию степени тяжести состояния) и терминальную стадию (собственно СПИД) (Лысенко А.Я., Турьянов М.Х. и др., 1996; Покровский В.В., 2016). В настоящее время исследователи располагают данными о том, что у всех инфицированных ВИЧ заболевание со временем развивается и медленно прогрессирует (Смольская Т.Т., Лещинская Н.П., Шилова Э.А., 1992; Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П., 2009). На сегодняшний день ВИЧ-инфекция является неизлечимым заболеванием с фатальным исходом, который произойдёт без АРВТ в течение ближайших или отдаленных лет (Бобкова М.Р., 2006). Однако благодаря современным схемам АРВТ, возможно отсрочить переход болезни в стадию СПИД на многие годы, тем самым продлить ВИЧ-инфицированному пациенту жизнь на десятки лет, сохранив ее приемлемое качество. Проблема мотивации и формирования устойчивой приверженности АРВТ является актуальной в контексте эффективного подавления ВИЧ-инфекции у пациентов, поскольку такая терапия носит пожизненный характер и требует от пациента высокой степени самоконтроля для строгого соблюдения непрерывности режима лечения (Ющук Н.Д., Федяева О.Н., Сирота Н.А., 2016).

Устойчивого положительного эффекта АРВТ (снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня) можно достичь лишь при своевременном соблюдении всех положенных условий, которые должен знать и чётко выполнять и врач, и сам пациент (Хоффман К., Рокстро Ю.К., Кампс Б.С., 2005). Далеко не каждый ВИЧ-инфицированный обладает такой самодисциплиной и такими психологическими и физическими ресурсами, чтобы десять, двадцать, а то и тридцать лет подряд ни на шаг не отступать от режима лечения и принимать препараты по нескольку раз в день в одно и то же время (Бикмухаметов Д.А., Анохин В.А., Хасанова Г.Р.,2007).

Этиотропное действие АРВТ основано на блокировании размножения и распространения ВИЧ в организме. Многокомпонентное воздействие ингибиторов вирусных ферментов разной направленности оказало существенное влияние, как на течение заболевания, так и на эпидемиологическую ситуацию в целом – сегодня ВИЧ-инфекция переведена в разряд [управляемых инфекций у лиц с хроническими болезнями](http://mylektsii.ru/3-33814.html) (Бартлетт Дж., Галлант Дж., 2006).

За прошедшие 30 лет с начала эры антиретровирусной терапии ассортимент АРВ-препаратов значительно обогатился и расширился. В настоящее время для лечения ВИЧ-инфекции доступны пять групп антиретровирусных препаратов: нуклеозидные и нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ), ингибиторы протеазы (ИП), ингибиторы проникновения (подразделяются на три класса: ингибиторы прикрепления, блокаторы корецепторов и ингибиторы слияния) (Покровский В.В., 2013).

Основная цель современной АРВТ состоит в достижении полной супрессии вирусной нагрузки (количества копий РНК ВИЧ) и длительном её сохранении при минимальном риске формирования резистентности вируса и развития краткосрочных и долгосрочных токсических эффектов лекарственных препаратов. Поэтому обеспечение универсального доступа к АРВТ является одним из важнейших факторов эффективной профилактики ВИЧ-инфекции (Кравченко А.В., 2001).

Существующие на сегодняшний день препараты АРВТ достаточно действенны в достижении желаемого результата по подавлению ВИЧ-инфекции, однако, одновременно с этим, они оказывают на организм и дополнительное влияние – не всегда негативное, но отличающееся от цели лечения. Это влияние и есть побочный эффект. Словосочетание «побочный эффект» иногда можно заменить на «побочное явление», «нежелательное явление» или «токсичность препарата» (Лобзин Ю.В., Волжанин В.М. и др., 2005). Возникающие нежелательные явления при АРВТ являются одной из наиболее существенных причин прерывания терапии и «лекарственных каникул» у ВИЧ-инфицированных пациентов. Формирование уровня медикаментозного комплаенса в значительной мере зависит от эффективности и переносимости лекарственных средств (Ершов Ф.И., 1998). Бывает непросто отличить побочные эффекты АРВТ от проявлений самой ВИЧ-инфекции. Большинство пациентов на протяжении многих лет хорошо переносят АРВТ. Тем не менее, существует ряд побочных эффектов, которые требуют немедленной отмены препарата, который вызвал развитие этого явления (Проценко С.А., Антимоник Н.Ю., и др., 2017).Побочные эффекты часто зависят от уровня препарата в крови, поэтому они часто отмечаются при ошибках пациентов в режиме приема АРВТ: приёме двойной дозировки одного из лекарственных средств, пропуска приёма лекарств (Змушко Е.И., Белозеров Е.С., 2001).

Первый показатель, по которому можно судить об эффективности АРВТ – это снижение вирусной нагрузки (ВН); иммунологический ответ на лечение (число лимфоцитов CD4+) зависит от ВН и, следовательно, проявляется позднее. Для оценки результатов АРВТ лучше использовать оба эти показателя: и ВН, и число лимфоцитов CD4+. Критериями неэффективности АРВТ являются: вирусологическая неудача, иммунологическая неудача, клиническая неудача (Евстигнеев И.В., 2012; Юрин О.Г., Ефремова О.С., 2017). При наличии клинических или лабораторных признаков неэффективности схем АРВТ первого ряда показано изменение лечебной схемы (WHO, 2017). Пропуск приёма дозы препаратов может обусловить развитие устойчивости ВИЧ к АРВТ. Кроме того, низкая приверженность непрерывному режиму длительного лечения повышает вероятность передачи резистентных штаммов ВИЧ (Кольцова О.В., Сафонова П.В., Рыбников В.Ю., Штерн М.А., 2013). Вирус приобретает лекарственную устойчивость быстро и навсегда, поэтому медикаментозное лечение ВИЧ-инфекции отличается от лечения прочих хронических заболеваний (Сирота Н.А., Ющук Н.Д., Федяева О.Н., 2014). Возрастание в ряде регионов России числа нововыявленных случаев с переданной от другого инфицированного лица лекарственной устойчивостью ВИЧ может потребовать пересмотра стандартов лечения и схем терапии ВИЧ-инфекции первого ряда (Казеннова Е.В., Бобков А.Ф., 2003).

В России на диспансерном наблюдении в связи с ВИЧ-инфекцией в первом полугодии 2018 года состояло 713 018 инфицированных ВИЧ россиян, из них АРВТ получали 378 532 пациентов (включая больных, находившихся в пенитенциарных учреждениях), из них 15 782 больных в 2018 году прервали АРВТ. Охват лечением в 2018 году в Российской Федерации составил 38,1% от числа живших с диагнозом ВИЧ-инфекция и 53,1% от числа состоявших на диспансерном наблюдении. В первом полугодии 2018 года 55 220 инфицированных ВИЧ были впервые взяты на антиретровирусную терапию, 42 020 пациентов были впервые взяты на диспансерное наблюдение (РОСПОТРЕБНАДЗОР, 2018).

Основными факторами, влияющими на уровень смертности пациентов от ВИЧ-инфекции в условия начатой АРВТ, становятся: малая продолжительность назначенного курса лечения, не успевающего стабилизировать состояние пациента с тяжёлыми вторичными заболеваниями (до 6 месяцев); плохая приверженность назначенной схеме (пропуски приёма препаратов, неполная супрессия вируса) (Рахманова А.Г., Яковлев А.А., и др.,1997; Розенберг В.Я., Плотникова Ю.К., Воронин Е.Е., 2018).

Как показывают исследования (Hanna G.J., D'Aquila R.T., 1999; Dunbar P.J. et al., 2003; Marathe J.G., 2007; Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д.,2013), успех лечения ВИЧ-инфекции зависит не только от антиретровирусных свойств назначаемых препаратов, но и от способности пациента к энергичному и внимательному выполнению рекомендаций врача. Можно заключить, что АРВТ своим развитием также актуализировала и существовавшую проблему приверженности лечению.

Для обозначения степени выполнения пациентом назначений врача в разные времена предлагалось несколько понятий. Раньше других появился термин «комплаентность», который определялся как «повиновение» медицинским назначениям (Wood E. еt al., 2003). Позже, с приходом понимания необходимости активного участия пациента в процессе лечения, были предложены варианты замены: «приверженность лечению», «соблюдение назначений», «конкордантность». В настоящее время в научной медицинской литературе используются два из них: «приверженность лечению» и «комплаентность» – в несколько ином, чем ранее значении. Принято считать, что оба термина определяют степень способности пациента участвовать в своем лечении, активно и точно выполнять предписания лечащего врача, принимать участие в выборе метода лечения, в определении времени начала и окончания лечения (Hanna G.J., D'Aquila R.T., 1999).

В количественном отношении приверженность лечению можно условно определить как соотношение принятых пациентом дозировок лекарств к назначенным, выражая её в процентах. Так, снижение уровня РНК ВИЧ ниже порога определения наблюдается у 81% пациентов лишь при уровне приверженности 95% и выше (Hanna G.J., D'Aquila R.T., 1999; Paterson D.L., Swindells S., Mohr J. еt al., 2000). Таким образом, пациенту необходимо принять 95% и более назначенных доз препаратов. Из этого следует, что при приеме препаратов 2 раза в сутки в течение месяца пациент может пропустить не более 3 разовых доз лекарственных средств – лишь в этом случае приверженность составит 95% (Беляева В.В., Коннов В.В., Козырина Н.В., 2014). Продолжительность времени с момента начала приема препаратов до его прерывания понимается как непрерывность медикаментозного лечения. Допустимый интервал идентифицируется как максимальный промежуток времени, на которое больной может приостановить лечение без риска снижения его эффективности или развития нежелательных эффектов. Данный отрезок времени для АРВТ колеблется в пределах нескольких дней и зависит от того, какие препараты входят в назначенную схему лечения (Кольцова О.В., Сафонова П.В., Рыбников В.Ю., Штерн М.А., 2013). Приверженность АРВТ и непрерывность лечения ВИЧ-инфекции, будучи звеньями системного процесса, оказывают взаимовлияние: низкая приверженность лечению и спонтанное прерывание приема АРВ-препаратов ведут к развитию фармакоустойчивости вируса, а развивающаяся в связи с этим вирусологическая резистентность, в конечном итоге, сводит на нет эффективность любой схемы АРВТ (Кольцова О.В., Сафонова П.В., Рыбников В.Ю., Штерн М.А., 2013).

По имеющейся статистике, в процессе лечения хронических заболеваний половина пациентов прекращает лечение, а среди тех, кто продолжает принимать препараты, только 50-60% принимают все предписанные дозы (Лапин Н.П., 2001), что при лечении ВИЧ-инфекции недопустимо.

Установлено, что в 2/3 случаев регоспитализация ВИЧ-инфицированных пациентов является следствием частичного или полного нонкомплаенса. Кроме прямых медицинских проблем выделяются и социальные последствия нонкомплаентности: семейные и производственные проблемы больных, снижающие качество их жизни. Кроме того, у нонкомплаентных больных чаще наблюдается антисоциальное и суицидальное поведение (Лутова Н.Б., 2012).

В качестве причин пропуска приёма АРВТ наиболее часто ВИЧ-инфицированные пациенты указывают следующие причины: был слишком занят, просто забыл принять препараты (52%); был не дома (46%); изменился привычный распорядок дня (45%); депрессия (27%); отдыхал от приёма лекарств (20%); схема АРВТ включает слишком много таблеток (19%) (Беляева В.В., Кравченко А.В., 2004).

Приверженность АРВТ на практике не может рассматриваться исключительно как количественная процентная величина, отражающая поведение пациента по приёму лекарственных препаратов. В общем понимании приверженность служит иллюстрацией осознанного отношения и выработанной установки пациента к лечению, основанных на сформировавшемся у него уровне доверия медицинскому специалисту и предложенному им методу лечения, а также на аутопластической картине болезни и здоровья. То есть, приверженность характеризует отношение и, как следствие этого отношения, определенное поведение. Такая вовлеченность предполагает поведение, обусловленное установками и ценностями личности. Под приверженностью лечению в фундаментальном смысле следует понимать степень участия пациента в своём лечении, «соучастие» пациента в формировании плана действий по сохранению и укреплению его здоровья (Фатхи О.Г., 2003; Лапин Н.П., 2001; Койчуев А.А., 2013). Исходя из этого, доверительное и эффективное сотрудничество пациента и медицинского специалиста, уверенность пациента в необходимости применяемых мер лечения и его положительных отдаленных результатах, а также устойчивая мотивация на постоянный приём АРВТ формируют приверженное лечению поведение пациента (Скрипкина Т.П., 1990). Отметим, что долгосрочное изменение поведения и устойчивая мотивация к лечению возможны только в том случае, если пациент руководствуется именно самостоятельно принятым решением, без принуждения и внушения мнения со стороны лечащего врача (Беляева В.В., Кравченко А.В., 2004).

Проблема формирования устойчивой приверженности лечению при ВИЧ-инфекции является не столько медицинской, сколько психологической по своей сути, так как обращена к работе не с симптомами болезни, а к работе по изменению установок и поведения пациента, требующих от него значительных мотивационных усилий по овладению навыками самоконтроля и самодисциплины (Новохацки А.В., 2009).

Фактором, существенно влияющим на переживания, связанные с необходимостью получения АРВТ, и приверженность лечению является тип реагирования пациента на болезнь. Наиболее часто у ВИЧ-инфицированных людей встречается реакция отрицания и вытеснения, проявляющаяся в виде анозогнозии или эргопатии. Тип реагирования в данном случае способствует адаптации больного к хроническому заболеванию в условиях отсутствия выраженной клинической симптоматики. Пациент не воспринимает сам факт наличия заболевания, стремится «уйти» от диагноза, поскольку субъективно пока еще не ощущает его признаков ни на физиологическом, ни на социально-психологическом уровнях. Следствием этого является восприятие лечения как нецелесообразного и не являющегося необходимым в данный момент времени (Новохацки А.В., 2009; Федяева О.Н., Сирота Н.А., 2014).

Приверженность терапии зависит от (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003):

* уровня стресса, испытываемого пациентом, и адекватности его преодоления;
* веры в эффективность АРВТ;
* состояния баланса между ощущаемой выгодой от приёма АРВТ и наличием ограничений, накладываемых ее приёмом;
* наличия социальной поддержки.

Все вышеперечисленные факторы можно разделить на пациент-независимые и пациент-зависимые (Mills E. Et al., 2006). В настоящее время исследователи выделяют четыре наиболее существенные группы барьеров, оказывающих влияние на приверженность ВИЧ-инфицированных пациентов АРВТ (Frank I., 2002; Левина О.С., Яковлева А.А., Одинокова В.А., Гурвич И.Н., 2010; Любаева Е.В., Ениколопов С.Н., 2011; Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю., 2013):

* Барьеры, связанные с самим пациентом, его установками и личностными особенностями:

– чувство безнадёжности, обречённости;

– ощущение того, что лечение – напоминание о болезни;

– ощущение несвободы (зависимость жизни от приема лекарств);

– непринятие факта инфицирования;

– низкая самооценка;

– депрессия;

– алкогольная или наркотическая зависимость;

– низкий самоконтроль и слабая самоорганизация;

– повышенная раздражительность и импульсивность;

– нарушение памяти и внимания;

– психические расстройства.

* Барьеры, связанные с препаратами:

– нежелание принимать препараты и наличие интереса к альтернативной медицине;

– реальные либо ожидаемые побочные эффекты;

– неприятный вкус, большой размер таблеток;

– улучшение самочувствия;

– сомнения в эффективности;

– отсутствие веры в положительный эффект лечения и в долгосрочный эффект от приёма препаратов;

– непонимание принципа действия лекарств;

– нежелательные изменения во внешности.

* Барьеры, связанные с частотой и режимом приёма препаратов:

– несоответствие между стилем жизни пациента и режимом приёма препаратов;

– наличие жёстких диетических требований;

– сложности с приёмом препарата в определённый час;

– высокий уровень лекарственной нагрузки при терапии (более 7 таблеток в день) и сложные схемы лечения;

– вынужденная замена одной схемы лечения на другую при отсутствии мотивации;

– представления о неудобстве и сложности приёма АРВТ;

– необходимость получения препаратов в аптеке, либо отсутствие такой возможности.

* Барьеры, связанные с социальным функционированием:

– желание скрыть наличие заболевания, страх стигматизации и общественного порицания;

– отсутствие доверия либо негативное отношение к сотрудникам системы здравоохранения;

– отрицательная информация о АРВТ, полученная из СМИ или от других пациентов («ВИЧ-диссидентство»);

– социальная изоляция, отсутствие поддержки со стороны значимых лиц;

– прямое препятствие приёму АРВ-препаратов со стороны близких;

– финансовые проблемы;

– невысокий образовательный уровень;

– бездомность;

– молодой возраст.

Знание и учёт этих факторов играет важную роль при прогнозировании и оценке приверженности АРВТ (Москвичева М.Г., Кытманова Л.Ю., Дегтярёв А.А., 2014) а также при формировании мотивации на лечение и стимулировании приверженности непрерывному лечению ВИЧ-инфицированного пациента путём обсуждения смысложизненных ориентаций, повышения его самоуважения, и путём формирования новых жизненных ценностей (Любаева Е.В., Ениколопов С.Н., 2011).

**1.2. Личностный потенциал ВИЧ-инфицированных пациентов в их адаптации к диагнозу и в процессе формирования новых поведенческих установок в условиях хронической болезни**

По данным Бовиной И.Б. и Власовой Е.В. (2002; 2005) в ситуации возникновения и распространения нового смертельно опасного заболевания, природа которого не до конца понятна, а информация достаточно противоречива, человек, столкнувшийся с болезнью, пытается адаптироваться к происходящему, ассимилировать информацию, чтобы как-то объяснить это качественно новое для себя состояние. На основе противоречивой информации, почерпнутой из СМИ или из внутригрупповой коммуникации, ВИЧ-инфицированные люди конструируют для себя качественные представления о новой болезни.

Для формирования собственных представлений о болезни люди прибегают к уже имеющимся медицинским категориям, скажем, изученная прежде болезнь может выполнять функцию сравнения или метафорического наименования. Так СПИД сравнивали с чумой, сифилисом, называли его то «чумой 20 века», то «чумой геев» или «раком геев». Использование известной болезни в качестве метафоры не только предлагает варианты объяснения пока еще не до конца изученного заболевания, но и привносит определённые стереотипные, стигматизирующие характеристики в представления о нём (Василюк Ф.Е., 1995). Дискриминирующее общественное отношение может вызывать у ЛЖВС длительный психоэмоциональный стресс, заставить больного испытывать чувство тревоги и страха, таким образом, у ЛЖВС часто формируется впечатление, что они «нечистые» и неприемлемы для общества (Рехтина Н.В., 2010; Беляков Н.А., 2011).

Лечение ВИЧ-инфекции – это сложная, многокомпонентная процедура, в которой участвуют: сам пациент, вирус иммунодефицита человека, лекарственные препараты и доктор, который их назначил. Пациент привносит в этот процесс свои биологические и социально-психологические особенности. В свою очередь, ВИЧ-инфекция оказывает влияние на личность пациента и его поведение. Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет привычную социальную ситуацию пациентов: ограничиваются контакты с окружающими, часто меняется место работы, занимаемая ранее должность, распадаются браки. Помимо этого, у каждого могут быть свои кризисы в зависимости от ценностей, которые оказались под угрозой в связи с ВИЧ-инфекцией. Все эти кризисные ситуации связаны с эмоциональ­ными потерями и глубокими негативными переживаниями (Ланга А.П., 2006).

Многие ВИЧ-инфицированные со всей остротой осознают собственную смертность и боятся утратить физическую привлекательность, здоровье, самостоятельность, либо потерять друзей и близких и остаться в одиночестве. ЛЖВС зачастую приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами задолго до того, как им понадобится медицинская помощь (Кудрич Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н., 2015).

ЛЖВС часто проходят несколько маятникообразных стадий своего заболевания: они могут чувствовать себя чрезвычайно ослабленно, быть практически при смерти, но затем приходить в норму, выздоравливать. Колебательные изменения психофизиологического состояния больного часто непредсказуемы, и подобные перемены истощают нервную систему и личностные ресурсы пациента (Березин Ф.Б., 1988; Адлер М., 1991). ВИЧ-инфицированным пациентам рано или поздно доводится столкнуться с последствиями:

* ВИЧ-инфекции;
* вторичных инфекций (и неврологических расстройств);
* лечения вторичных инфекций.

За последние пятнадцать лет психологических исследований в области ВИЧ-инфекции был накоплен значительный объём данных, указывающих на то, что депрессивные состояния, хронический стресс и нездоровый образ жизни неблагоприятно сказываются на состоянии иммунной системы ВИЧ-инфицированных пациентов, и существенно повышают вероятность ускоренного развития СПИД (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999; Ликкен Д., 2003; Зинченко А.И., 2009). В ряде эмпирических исследований также было показано, что развитие СПИД-ассоциированных заболеваний происходит быстрее в тех случаях, когда пациенту в качестве типичного механизма совладания свойственно отрицание или подавление проявлений гнева с демонстрацией чувства вины (Ликкен Д., 2003).

Как правило, инфицированию ВИЧ предшествует развитие у индивида элементов поведения, отклоняющегося от общепринятых норм, которое проявляется нарушениями процесса социализации и становится еще более ощутимым в жизненных обстоятельствах, не позволяющих преодолеть возникшие трудности социально приемлемым способом. Девиантное поведение в преморбиде часто бывает сочетано с зависимым поведением, которое выражается: употреблением ПАВ, алкогольной зависимостью, практикой промискуитета (Соколова Е.Т., 1989; Станько Э.П., Игумнов С.А., 2013; Чумаков Е.М., 2014).

Наиболее часто у ЛЖВС в периоде, предшествующем инфицированию, в сфере самосознания отмечаются: инфантилизм, экстернальный локус контроля, неадекватная оценка образа себя, склонность к риску и импульсивность, гибкие взгляды в отношении реализации социальных норм, вплоть до их непринятия. Все эти факторы в совокупности и порождают неадекватные и малоэффективные стратегии адаптации в ситуации болезни (Бородкина О.Д., 2005; Датий А.В., Тенета Е.Л., 2006; Воронин Р.М., Датий А.В., Юсуфов Р.Ш., 2012).

При наслоении добавочных вредностей, включая неврологические изменения ЦНС и побочные эффекты АРВТ, у ВИЧ-инфицированных пациентов часто возникают различные по своей клинической структуре и глубине состояния психологической декомпенсации вплоть до психотических форм (Николаева В.В., 1987; Жужгова И.В., 2006).

Выраженность аффективных расстройств у пациентов в большей степени зависит от стадии ВИЧ-инфекции, чем от продолжительности заболевания. Было обнаружено существование трёх основных критических периодов адаптации ЛЖВС, когда они особенно психологически уязвимы и нуждаются в комплексной биопсихосоциальной поддержке (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко, 2003; Койчуев А.А., 2013):

* период после установления диагноза ВИЧ-инфекции;
* период после появления клинических признаков;
* период завершения жизнедеятельности.

Первый критический период и состояние психической травмы наступают после сообщения известия об инфицированности ВИЧ. Известие о ВИЧ-положительном диагнозе сразу нарушает психосоциальные потребности человека, и реакции могут быть самыми разными, не существует «правильной» реакции на диагноз. Многих охватывают гнев, агрессия, подавленность, отчаяние, страх за себя и близких. Некоторые в первый момент думают о самоубийстве, так как известие о ВИЧ-инфицированности воспринимается зачастую как смертный приговор, у человека формируется специфическое кризисное состояние, в основе которого лежит неразрешимый конфликт «жажды жизни» и наличия неизлечимого заболевания (Александровский Ю.А., 1997; Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998). В большинстве случаев возникает состояние смятения, замешательства, ощущение бессилия, невозможно­сти самостоятельно разрешить ситуацию, отыскать наиболее благоприятный выход и выстроить линию охранительного поведения в ситуации крушения жиз­ненного стереотипа. Лишь в исключительных случа­ях ВИЧ-инфицированные люди заранее психологически подготовлены к постановке диагноза, поскольку, с учётом определённых жизненных обстоятельств, допускали вероятность инфицирования ВИЧ. Для таких людей постановка диагноза может даже принести своеобразное чувство успокоения, так как завершит период неопределённости (Беляева В.В., Ручкина Е.В., 1999; Любаева Е.В., Ениколопов С.Н., Кравченко А.В., 2008). Имеет место мнение, что ВИЧ-инфицированным больным характерна длительная реакция отрицания диагноза, которая рассогласовывает их психическую деятельность и приводит к стойким личностным изменениям с возможной провокацией продромальных симптомов психических расстройств. Реакция отрицания находит свое объяснение в длительном отсутствии клинических проявлений ВИЧ-инфекции, объективным временным отсутствием субъективно воспринимаемой симптоматики, что затрудняет процесс осознания самого факта заболевания (Ивашкина М.Г., 1998; Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003). В среднем человеку необходимо до полугода, чтобы примириться с мыслью о ВИЧ-положительном диагнозе (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015). Практически у всех ВИЧ-инфицированных пациентов в начальной асимптоматичной стадии заболевания наблюдаются состояния тревоги и приступы дисфории различного уровня выраженности. Они представлены тревожно-депрессивным синдромом со страхом перед неопределённостью будущего, чувством безнадёжности и вины, отчаянием и другими характерными для этого синдрома нарушениями. Тревожные расстройства выявляются у 19% ВИЧ-инфицированных больных (Тухтарова И.В., 2003). В поведении пациентов тревога проявляется в виде: сожалений по поводу ожидаемых или уже свершившихся потерь; вины перед людьми, которых они могли подвергнуть опасности заражения; угрызений совести и самобичевания за поведение, приведшее к инфицированию; вербальной (реже физической) агрессии в отношении предполагаемого источника заражения, а также медицинского персонала (Кудрич Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н., 2015).

Хроническая болезнь накладывает на психику больного глубокий отпечаток, обостряет невротические черты (Воронин Е.Е., Фомин Ю.А., Костин Д.В., Улюкин И.М.,1999). Недостаточное понимание пациентом своего заболевания, целей медикаментозного лечения, его преимуществ и рисков в значительной мере затрудняет формирование комплаентности (Москвичева М.Г., Кытманова Л.Ю., Дегтярёв А.А., 2014). Начало приёма АРВТ сопровождается обострением конфликтного кризисного состояния с вероятным развитием неадаптивных типов реагирования на болезнь интрапсихической направленности: формированием субдепрессивных состояний и снижением психологического компонента качества жизни. Как следствие адаптационный потенциал ВИЧ-инфицированных пациентов в условиях приёма АРВТ снижается, усугубляя течение хронического дистресса (Улюкин И.М., 2000). По данным Chesney M.A. c соавторами (2000), 24% пациентов, прервавших АРВТ, указывали на подавленное настроение в качестве причины такого решения. Психологическое сопротивление АРВТ возрастает, если лечение воспринимается пациентом как угроза автономной свободе выбора. Когда пациент доверяет лечению и убежден в его положительном результате, он легче принимает вынужденные изменения привычного образа жизни, рациона питания и выражает осознанную готовность к длительному и непрерывному приёму АРВТ. В сознании пациента происходит соотнесение и выбор между поддержанием здоровья и сохранением полноценного социального функционирования, с необходимостью принятия ограничений, накладываемых АРВТ, включающих в себя нежелательные побочные эффекты лекарств и следование диете. Чтобы у пациента сформировалась высокая устойчивая приверженность АРВТ, баланс между выгодой от лечения и преодолением негативных переживаний должен непременно быть в пользу лечения (Любаева Е.В., Ениколопов С.Н., Кравченко А.В., 2008). ЛЖВС, имеющие правильное понимание наличия заболевания, восприятие своей способности контролировать болезнь и оценку риска возникновения рецидива в будущем, как правило, имеют высокий уровень комплаенса. В рамках новейших исследований психологических особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов выявляется все больше свидетельств того, что лечение ВИЧ-инфицированного больного будет иметь успех только при высокой личной ответственности самого пациента по соблюдению лечебно-профилактического режима. Приверженным является человек, проявляющий активное, устойчивое стремление получать лечение, стремление, основанное на осознанном и информированном решении, принятии необходимости пожизненного непрерывного приёма лекарств (Беляков H.A., Левина О.С., Рыбников В.Ю., 2013).

Второй критический период адаптации ВИЧ-инфицированного человека приходится на появление клинических признаков заболевания. В этот период вследствие иммунодефицита у ВИЧ-инфицированного больного возникают так называемые СПИД-ассоциированные заболевания. Переживания кризисной ситуации актуализируются, когда заболевание приобретает злокачественное течение. ВИЧ-инфицированные пациенты в этот период могут переживать сильные алгии различного генеза, может снижаться дееспособность, или больные могут только испытывать опасения в отношении таких последствий (Ивашкина М.Г., 1998). Негативные эмоции и переживания ВИЧ-инфицированных пациентов прогрессируют параллельно с процессом развития клинической картины заболевания и складываются в отрицательные психосоматические, соматопсихические реакции и поведенческие стратегии. До этого момента человек только знал о наличии вируса, теперь для него ВИЧ становится видимым, а симптомы - доказательством диагноза (Исаев Д.Д., Веретенникова А.И., 2006). Показано, что нарушения психологического и поведенческого функционирования ЛЖВС на фоне длительно текущей ВИЧ-инфекции связаны с увеличением частоты рецидивов оппортунистических инфекций, приёме многочисленных лекарственных препаратов в период повторных госпитализаций (Хоффман К., Рокстро Ю.К., Кампс Б.С., 2005). В период клинических проявлений ВИЧ-инфекции в психической и поведенческой сферах часто обнаруживает себя обсессивно-компульсивная симптоматика. Она может выражаться: в навязчивом и продолжительном обследовании пациентом своего тела в поисках специфической сыпи, подозрительных пятен; в навязчивых воспоминаниях о половых партнерах или соупотребителях инъекционных ПАВ, от которых могло произойти инфицирование; в постоянных мыслях о смерти или процессе умирания; в необоснованных опасениях заражения родственников бытовым путем с последующей самоизоляцией (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010). Значительная аффективная неустойчивость, психическая инертность с концентрацией на отрицательно окрашенных переживаниях являются причиной возникновения у ВИЧ-инфицированных пациентов реактивных состояний в ситуации клинических проявлений болезни. В случаях затяжного течения возможны различные сочетания психогенных и органических психопатологических проявлений. В одних случаях под влиянием психической травмы обостряются и углубляются симптомы психоорганического дефекта личности. В других – психогенная реакция принимает форму неврологических нарушений, которые бывает трудно различить с утомлением и эмоциональным стрессом. В третьих – психогенная реакция маскирует психоорганические изменения вследствие поражающего воздействия ВИЧ на ЦНС, которые дают себя обнаружить только после сглаживания реактивных наслоений (Великолуг А.Н., 2000; Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А., Крылов В.И., Перехов А.Я., 2015). Наиболее частым неврологическим нарушением у ВИЧ-инфицированных пациентов на стадии клинических проявлений болезни является медленно прогрессирующая деменция – СПИД-связанная энцефалопатия. Прогредиентное снижение когнитивных функций длительное время не сопровождается какими-либо изменениями сознания. В период же развернутой картины деменции возможны грубые аффективные расстройства типа недержания аффекта, расстройства влечений и регресс поведения в целом (Николаева В.В., 1987; Ивашкина М.Г., 1998).

Третий критический период адаптации ВИЧ-инфицированного человека приходится на период терминальной стадии заболевания. Закономерности течения инфекции ВИЧ на сегодняшний день, к сожалению, таковы, что рано или поздно наступает этап неуклонного прогрессирования заболевания и угасания жизнедеятельности ВИЧ-инфицированного больного. С этим фактом связано возрастание психологической уязвимости пациентов и острая потребность в паллиативном психологическом консультировании. Этот период по времени совпадает с прогрессирующей церебральной недостаточностью органического происхождения на фоне развернутой стадии СПИД (Великолуг А.Н., 2000; Новиков А.И., Редькин Ю.В., Долгих Т.И., 2004). Нейроанатомической основой психических нарушений при СПИД является вначале СПИД-связанная энцефалопатия, а затем быстро развивающаяся атрофия мозга с характерными спонгиоформными изменениями мозгового вещества и демиелинизацией в разных структурах ГМ (Малый В.П., 2009). По мере прогрессирования заболевания человек становится неспособным к работе, к самостоятельному удовлетворению привычных психосоциальных потребностей. Бессодержательная, зависимая жизнь, полная ограничений, становится на этом этапе обычным явлением, а часто и причиной озлобленности пациента. Что проявляется в повышенной раздражительности по поводу любых, даже незначительных событий, и может принимать форму суицидального поведения. Самоубийство может быть как активным, выражаясь в намеренном и тяжком телесном самоповреждении, влекущим смерть; так и пассивным, проявляющимся в саморазрушающем поведении (употреблении ПАВ), сокрытии серьёзных осложнений, отказе от медикации (Беляева В.В., 2001). Депрессия – самое распространённое психическое расстройство у больных СПИД, выявляющееся более чем у 60% пациентов на терминальной стадии заболевания. Депрессивные эпизоды могут быть эпизодическими или иметь хроническое затяжное течение. Депрессивные переживания больных СПИД характеризуются: потерей интереса и удовлетворения от всякой деятельности, которая когда-то приносила удовольствие, мучительной печалью, чувством вины и ненавистью к себе (Великолуг А.Н., 2000). Здесь следует указать, что некоторые АРВ-препараты обладают достаточным депрессогенным эффектом и способны провоцировать или усиливать уже имеющуюся депрессивную симптоматику (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007).

Психологические проблемы у ВИЧ-инфицированных и больных СПИД также могут возникать в результате воздействия социокультурных факторов. Человек, инфицированный ВИЧ, в современном обществе часто сталкивается с: дискриминацией, социальным отречением, стигмой, страхом заражения, угрозой лишения работы или гарантий медицинского обслуживания (Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочилов Р.В., Батлук Ю.В, Покровский В.В., Юрин О.Г., 2012). Психологическая дезадаптация, вследствие жизненных и социальных обстоятельств на фоне процесса принятия гибели у больных ВИЧ / СПИД, может приобретать форму нарушения адаптации, известную как деморализация. Кумулятивный эффект всех вышеперечисленных стресс-факторов указывает, что заболевание ВИЧ-инфекцией влечёт за собой глубокие психологические и социальные последствия (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А., Крылов В.И., Перехов А.Я., 2015).

Каждому индивиду присущ личностный потенциал, имеющий решающее значение для выбора и реализации стратегии поведенческого реагирования. В модели структуры личности, разработанной А. М. Столяренко, выделяются три группы составляющих психологического потенциала личности (Касатова Е.Н., Дрягалова Е.А., 2016):

* нравственно-мотивационная составляющая (зачем и куда направлена субъектная активность по типу «должен» или «хочу»: ценности, идеалы, мотивы, установки);
* операциональная составляющая потенциала (благодаря чему достигается успех в деятельности: знания, умения, навыки, способности интеллектуальные, коммуникативные, организаторские);
* психодинамическая составляющая потенциала (как динамично и долго может выполняться профессиональная деятельность: выносливость, ритм труда, работоспособность).

Таким образом, личностный потенциал представляет собой интегративное понятие, состоящее из множества психологических свойств личности, актуализирующихся при определённых условиях в период адаптации к условиям жизнедеятельности, то есть отражает структуру сформированных и затем, при необходимости, возобновляемых ресурсов, свойственных каждой личности (Леонтьев Д.А., 2003).

Личностный потенциал предстаёт как интегративный показатель уровня личностной зрелости, а самым важным явлением личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является как раз феномен самодетерминации личности, то есть реализация деятельности в относительной независимости от заданных условий этой деятельности – как внешних, так и внутренних, под которыми подразумеваются биологические и телесные условия, а также потребности, характер и другие устойчивые психологические структуры (Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж. и др., 2011). Личностный потенциал – это системная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, предоставляющая ей возможность исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров при разрешении проблемных ситуаций, а также сохранять постоянство смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся условий внешней среды (Леонтьев Д.А., 2003). Высокий личностный потенциал дает человеку возможность жить богатой, гармоничной внутренней жизнью и эффективно взаимодействовать с окружением, быть продуктивным, эффективно влиять, преобразовывать среду, успешно расти и развиваться в актуальных сферах деятельности.

Понятие «личностный потенциал» пришло взамен термину «адаптация», подразумевая сложные механизмы совладания с непостоянством действительности, не просто пассивное приспособление к заданным условиям, но и готовность к их преобразованию, способность к самостоятельному конструированию требуемых условий (Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж., 2011). Умение человека реализовывать задуманное вопреки неблагоприятным обстоятельствам жизни бесспорно является ценностью в повседневной деятельности в условиях хронической болезни.

Проблема личностного потенциала сама по себе не нова: она изучалась в разные периоды в различных терминологических значениях – силы «Я», механизмов психологических защит, копинг-стратегий, саморегуляции, жизнестойкости; и в разных проблемных сферах – психического здоровья, эффективности труда, стрессоустойчивости, развития личности в онтогенезе, реакции на психотравму (Авдеева Н.Н., Ашмарин И.И., Степанова Г.Б., 2001). Широкую трактовку личностного потенциала предлагает Г. М. Зараковский (2009), вводя определение психологического потенциала личности как основы качества жизни, устанавливая его подобие с таким понятием, как самоэффективность. Для исследования адаптационных возможностей как проявления личностного потенциала А. Г. Маклаковым (2016) был предложен термин «личностный адаптационный потенциал». Характеристику личностного адаптационного потенциала, согласно предложенной А. Г. Маклаковым методике, можно получить, определив уровень поведенческой регуляции, коммуникативный потенциал и уровень моральной нормативности личности. Теоретические и отчасти эмпирические исследования, проведенные за последнее десятилетие, предоставляют возможность анализировать актуальные вопросы личностного потенциала как вопросы потенциала саморегуляции (Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж. и др., 2011).

Личностная регуляция обеспечивает формирование внутренних условий для перестройки устоявшихся взаимоотношений со средой и извлечения требуемой независимости из средовых воздействий. Активность личностной регуляции складывается из сочетания объективных признаков среды, их персонального смысла и доминирующего способа взаимодействия с изменяющейся действительностью. Личностный потенциал отображает границы возможностей преодоления личностью заданных обстоятельств бытия, а также пределы прилагаемых личностью усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни (Лаврик А.В., 2014). Поведенческая регуляция осуществляется в единстве энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов личности. Основными элементами поведенческой регуляции представляются: самооценка, уровень НПУ, а также наличие социального одобрения со стороны значимых лиц. Эти элементы не являются ядром регуляции поведения, они лишь наглядно демонстрируют соотношение между потребностями, мотивами, эмоциональным фоном, и Я-концепцией. Поэтому система саморегуляции – это сложная, иерархическая структура, а интеграция всех её уровней в единый комплекс и обеспечивает устойчивость процесса регуляции поведения (Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж. и др., 2011). По мнению Мандриковой Е. Ю.(2010) структуру личностного потенциала в организационном контексте помимо автономной каузальной ориентации как проявления феномена самодетерминации личности, составляют также: жизнестойкость, толерантность к неопределённости, наличие временной перспективы, способность осуществлять личностный выбор.

Как отмечает Стойчева К. (2003), введение в аппарат психологии термина «толерантность к неопределённости» (ТН) связано с потребностью в объяснении специфики поведения личности в неопределённых, полисемичных ситуациях, в частности, готовности личности принимать эти ситуации, либо избегать их (Stoycheva K., 2003). Неопределённая ситуация имеет множество толкований: как ситуация, которая в субъективном осмыслении индивида не предопределенна ни в средствах решения, ни в искомом исходе (Лустина Е.А.); как ситуация, предполагающая вовлечение индивида в деятельность цель которой ему не известна (Зоткин Н.В.); как ситуация принципиальной неизвестности будущего (Кригер Е.Э., 2014). Толерантность к неопределённости может быть осмысленна как одно из субъектных оснований личностного выбора, выражающееся в решимости субъекта на рискованные действия, «субъективная цена» которых будет определяться в соответствии с иерархией личных ценностей и смыслов (Степаносова О.В., Корнилова Т.В., 2006).

Исследования ТН в области психологии здоровья сконцентрированы на определении роли данного феномена в процессах совладания с тревогой и стрессом для сохранения адаптивности личности (Налчаджян А.А., 1988; Марищук В.Л., Евдокимов В.И., 2001;Осницкий А.В., 2004). На основании анализа зарубежных научных работ представляется допустимым осмысление ТН в нескольких теоретических положениях: как системы убеждений, как когнитивного стиля, как устойчивой личностной черты, как динамичной личностно-мотивационной характеристики, в отношении которой применимо описание коррелятов процесса принятия риска. Допустимо, что степень готовности к этому риску будет обуславливаться факторами личностной регуляции принятия решений – внутренними критериями выбора, локусом контроля или его «ценой для собственного Я». Что, в свою очередь, тесно связано с целым комплексом характеристик процессуального плана: с особенностями стилевой регуляции поведения, с принятием недостатка контроля, с принятием возможной опасности, с внимательностью, с познавательной пластичностью, со способностью к обработке парадоксов, с отбором информации, со способностью к антиципации (Ротенберг B.C., Аршавский В.В., 1984; Юртаева М.Н., 2011). Исходя из этого, ТН можно трактовать как готовность субъекта принять решения, в отношении которых он не испытывает чувства уверенности, то есть решения с некоторой долей субъективного риска (Юртаева М.Н., 2010). Лица с более высокой готовностью к риску характеризуются меньшей выраженностью рациональности, рефлексивности, интолерантности к неопределённости в межличностных отношениях (Корнилова Т.В., 2013). Чем больше человек может переносить ситуации неопределённости, тем больше он способен иметь с ними дело (Зотова Е.Ю., 2009). Если ситуация социально или личностно значима для индивида, то условия ее изменения, которые воспринимаются как сложные, противоречивые, однозначно несоотносимые с прошлым опытом, порождают недоумение, озадаченность, чувство неопределённости и невнятности ситуации. Осознание ситуации как малопонятной и сомнительной, в итоге, приводит к избегающему поведению или шаблонной активности, ориентированной на оправдание социальных ожиданий. Если уровень ТН высокий – это позволяет индивиду сохранять откликаемость к новым аспектам изменившейся ситуации, к новым данным, что приводит к конструированию нового смысла (Merenluoto K., Lehtinen E., 2004).

Сегодня перспективы исследовательской работы направлены на изучение ТН как значимого условия психологической безопасности субъекта (Петрова Н.И., 2013). Частое пребывание человека в стрессовом состоянии значительно влияет на его эмоциональный фон, взаимоотношения с окружающими его людьми, здоровье, работоспособность, выносливость и способность адаптироваться к новым условиям. В основу психологического благополучия заложен принцип активности, гибкости мышления субъекта. ТН может способствовать повышению интереса человека к жизни через гибкость своего поведения (Виндекер О.С., Клименских М.В., 2016; Вотинцева Т.С., Петренко В.Р., 2016).

Если ТН рассматривается в сфере психического здоровья как условие внутренней регуляции когнитивных стратегий, то обособление контрастного ей понятия – интолерантности к неопределенности (ИТН) оказывается более тесно связанным с анализом личностных свойств (Корнилова Т.В., 2014). Предиктами интолерантной к неопределённости личности являются перцептивные и когнитивные реакции, отражающие специфику индивидуального стиля деятельности (Юртаева М.Н., 2011). Выраженная аналитичность, импульсивность, ригидность и нечувствительность к противоречиям в процессе восприятия соотносятся с поведением избегания, тенденцией к сверхконтролю, с интолерантностью к неопределенности (Польская Н.А., 2013). Интолерантный к неопределённости человек часто испытывает трудности в коррекции программы своего поведения в требующих этого ситуациях, условиях неопределённости повергают интолерантного к неопределённости человека в состоянии нервно-психического напряжения, что ведет к переутомлению и истощению организма, а, следовательно, и снижению личностного потенциала, потере способности эффективно противостоять трудностям (Чагова М.А., 2014). Так, R. Ladouceur, P. Gosselin и M. J. Dugas (2000) в своем исследовании приводят данные о тесной связи ИТН с показателями беспокойства и тревоги (по опроснику PSWQ) и резюмируют, что ИТН играет ключевую роль в формировании и постоянном проявлении чрезмерного беспокойства (Матушанская А.Г., Алишев Б.С., 2011).

ВИЧ-инфицированные пациенты отличаются от других больных, переживающих различные заболевания, не связанные с представлениями об угрозе смерти, специфичностью психических состояний и своеобразием реакций на трудные, фрустрирующие ситуации (Ланга А.П., 2006). Различные психоэмоциональные и поведенческие состояния дисгармоничной природы могут оказать деструктивное влияние как на состояние здоровья ВИЧ-инфицированного пациента в целом, так и на его психосоциальные адаптационные возможности в таких сферах жизни как: забота о себе и семье, добывание средств к существованию, межличностные отношения (Жданова Т.Н., 2013). Проявления дезадаптации (напряженность, нервозность, замкнутость, чувство душевного дискомфорта, снижение общей продуктивности) могут быть обусловлены не объективными факторами течения ВИЧ-инфекции, а субъективными причинами, сущность которых кроется в особенностях системы отношений ВИЧ-инфицированного: к себе, ВИЧ (СПИД), ситуации болезни и к действительности в целом (Ланга А.П., 2006). Ресурсы личностного потенциала могут содействовать достижению и поддержанию желательных состояния здоровья, психологического благополучия и качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов (Зинченко А.И., 2008).

Изменение поведения в условиях хронической болезни – это сложный многофакторный процесс, в котором важно также проанализировать и условия, необходимые для появления и укрепления желаемых позитивных изменений. Так, существенным условием, способствующим укреплению приверженности непрерывному лечению, является доступность предоставляемых лечебно-профилактическим учреждением услуг, различных видов медико-социальной помощи. Доступность в данном контексте рассматривается по совокупности трех позиций (Акулова М.В., 2016):

* Эмоционально-психологическая доступность понимается как доброжелательное, безоценочное отношение медицинского штата и помогающих служб лечебного учреждения, гарантированная конфиденциальность медицинской информации, сохранение тайны персональных данных и диагноза.
* Физическая доступность обеспечивается возможностью для пациента получить бесплатную медицинскую помощь в определённом месте в удобное для него время.
* Информационная доступность предполагает, что вся выдаваемая пациенту для изучения литература прописана доходчивым и простым языком, а речь лечащего врача не изобилует сложными медицинскими терминами.

Основополагающим, результирующе определяющим степень приверженности непрерывному лечению, звеном остается сам больной (Лутова Н.Б., 2012). Ведь, в коечном счете именно ВИЧ-инфицированный пациент, на основе своего индивидуального опыта, особенностей личности, наличия мотивации, руководствуясь средовыми обстоятельствами, принимает решение о необходимости продолжения АРВТ в предписанном лечащим врачом режиме. Поэтому наибольшее внимание должно быть посвящено изучению разнообразных психологических аспектов, касающихся личности самого ВИЧ-инфицированного. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся устойчивыми и практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности и содержательная наполненность личностного потенциала могут изменяться в течение жизни. Перед каждой личностью в определённые моменты открываются перспективы изменения, и границы этих перемен тесно связаны как с социальным окружением, так и с психологическим отношением, в контексте болезни – с ролью отношения личности в течении и исходе заболевания (Мурыванова Н.Н., Горбунов В.И., Ткаченко Т.Н., Буланьков Ю.И., Улюкин И.М., 2015).

Одной из базовых потребностей человека является потребность в безопасности (Маслоу А., 2008). Обнаружение серьезного заболевания нарушает состояние психологического равновесия, особенно неизлечимого, а тем более, осуждаемого обществом (Жужгова И.В., Васильева Т.В., Островский Д.В., Исаева Г.Н., 2006). Наиболее чувствительным для ВИЧ-инфицированных пациентов является конфликт между естественным правом на жизнь и наличием тяжелого заболевания, которое препятствует полноценному осуществлению этого права. Невозможность реально изменить конфликтную ситуацию, то есть полностью излечиться, порой порождает выбор пациентом крайних способов выхода из конфликта – установки на деструктивный образ жизни (вплоть до самоубийства), когда осознание тяжести быть отвергнутым и нелюбимым превалирует над осознанием тяжести последствий ВИЧ-инфекции и таким образом приводит (или возвращает) пациента к практикам рискованного поведения. Это может свидетельствовать в пользу того, что человек внутренне смирился с тем, что ничего не может сделать с неприятностями, привносимыми болезнью (Долгушин И.И., Гизингер О.А., Шишкова Ю.С., 2014.).

Неординарная ситуация, для которой отсутствует заготовленный образец действий, зачастую представляется для ВИЧ-инфицированных пациентов стрессовой. Им присуще ощущение одиночества и барьера между собой и окружающими. Можно говорить о том, что ВИЧ-инфицированные пациенты демонстрируют снижение ценности собственной личности, и поэтому ориентируются в своих поступках и поведении на мнение других людей, они склонны к личностной незрелости, несамостоятельности, и перекладыванию ответственности на обстоятельства. Часто демонстрируют ригидное, пассивное, зависимое отношение к жизни, в их оценке многих жизненных событий преобладает пессимистическая позиция (Золотовская И.А., Повереннова И.Е., 2005; Зинченко А.И., 2009). Исследования также показывают, что ВИЧ-инфицированные пациенты, занимающие пассивное положение во взаимоотношениях с лечащим врачом и в процессе лечения как таковом, чаще подвержены психосоциальным стрессам, так как не ощущают контроля в отношении своей болезни (Федяева О.Н., Ющук Н.Д., Сирота Н.А., Балмасова И.П., 2014; Шаболтас А.В., 2015).

Г. Трейсмен в монографии «Психиатрия СПИД» (TreismanG., 2004) выделяет два типа реагирования, обращающих на себя внимание в процессе лечения ВИЧ-инфицированных пациентов: первый тип – устойчивость-неустойчивость, второй тип – интроверсия-экстраверсия. Первый тип реакций демонстрирует то, как пациенты эмоционально справляются с раздражителем: так, неустойчивые пациенты более склонны реагировать на неблагоприятную ситуацию с чрезмерно отрицательными эмоциями, которые в дальнейшем могут дискредитировать их здоровье. Второй тип реакций дает представления об отношении пациентов к потенциальным последствиям болезни. Пациенты-«экстраверты» оказываются более склонными искать поощрений, чем избегать последствия, и сосредоточены на настоящем, а не на будущем. Пациенты-«интроверты», наоборот, более озабочены возможными последствиями. Таким образом, ВИЧ-инфицированные пациенты, склонные к неустойчивому эмоциональному реагированию и экстраверсии с поиском подкрепляющих стимулов, обладают повышенной склонностью к риску, хуже придерживаются лечебного режима, чаще сталкиваются с факторами стресса в процессе совладания с болезнью, чем эмоционально устойчивые и интровертированные пациенты (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А., Крылов В.И., Перехов А.Я., 2015).

Считается, что достаточные представления об угрозе потенциального риска нарушения режима лечения и возможных исходах заболевания формируют готовность ВИЧ-инфицированных пациентов действовать. Трансформация системы представлений пациентов может повлечь за собой модификацию поведения как в сторону повышения приверженности лечению, так и в сторону избегания лечения. Субъективные суждения пациентов об уязвимости и серьезности угрозы ВИЧ-инфекции опосредуются множеством обстоятельств. К защитному и избегающему поведению ВИЧ-инфицированного пациента могут подталкнуть такие внутренние факторы, как состояние организма, самочувствие, включая соматические ощущения, а также внешние события, например, сообщения в СМИ (Петровский В.А., 1992). Представления ВИЧ-инфицированного пациента могут также быть опосредованы социально-демографическими характеристиками (уровнем образования, возрастом), личностными особенностями и другими факторами индивидуальных различий (Белозеров Е.С., Джасыбаева Т.С., 1993;Никифорова Г.С., 2006). Однако, страх смерти или её восприятие как серьезной проблемы не всегда присутствует у людей, привыкших к практикам рискованного поведения (Kegeles S.M., Hays R.B., Coates T.J., 1990; Фейфел Г., 2001.)

Убеждения ВИЧ-инфицированных пациентов в сохранении способности оставаться хозяевами своей жизни и управлять собственным поведением даже в условиях болезни играют решающую роль в том, задумаются ли они об изменении привычек, связанных со здоровьесбережением. Часто, ВИЧ-инфицированные пациенты не видят смысла даже в попытке изменения привычного образа жизни, если полагают, что не в их силах управлять своим поведением. Даже те пациенты, которые разделяют идею о том, что их пагубные привычки наносят ущерб здоровью, редко добиваются успеха в ограничении или прерывании подобного поведения до тех пор, пока не активизируют ресурсы для эффективного сопротивления провоцирующим негативным влияниям извне (Илюк Р.Д., Шишикова А.М., 2012). Таким образом, направление изменений привычного поведения ВИЧ-инфицированных пациентов в ситуации болезни связаны с основополагающими структурами установок, представлений и восприятия. Ключевым конструктом здесь служит намерение, которое можно определить по четырем основным категориям: действие, цель, контекст и время (Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю., 2015).

Одержать вверх над хронической болезнью, когда излечиться нельзя, но можно прожить долгую и полноценную жизнь, больше шансов у того, кто берет на себя ответственность за свою жизнь и не довольствуется пассивной ролью жертвы. Многие  ВИЧ-инфицированные прекрасно осознают это и стремятся получить как можно больше информации о ВИЧ-инфекции, о передовых АРВ-препаратах, методах диагностики и лечения, о своих правах и путях социальной защиты. Источником психологических ресурсов ВИЧ-инфицированных пациентов для поддержания непрерывности пожизненного лечения является личностный потенциал, благоприятным образом влияющий на психологическое благополучие и жизнестойкость в ситуации хронической болезни.

**Резюме по первой главе**

На сегодняшний день ВИЧ-инфекция является неизлечимым заболеванием. Однако благодаря постоянному совершенствованию АРВТ, сегодня возможно предотвратить скоротечный переход болезни в терминальную стадию – СПИД, тем самым на многие годы продлить человеку жизнь с сохранением ее приемлемого качества. Проблема мотивации и формирования устойчивой приверженности непрерывной АРВТ является актуальным вопросом в области лечения ВИЧ-инфекции, поскольку АРВТ носит пожизненный характер и требует своевременного и точного соблюдения всех врачебных рекомендаций (Новохацки А.В., 2009).

Очевидно, что подчиняемая роль пациента в терапевтическом процессе не может обеспечить адекватного участия ВИЧ-инфицированного в лечении, что предполагает осознание врачом партнерской роли пациента практически на всех этапах лечебного процесса, так как именно пациент принимает решения, от которых будет зависеть эффективность лечения. Пациент может плохо понимать предписания врача, иметь собственные представления об эффективном и безопасном лечении, отрицать сам факт болезни в соответствии со своими механизмами психологической защиты (Беляева В.В., 2006).

Постановка ВИЧ-положительного диагноза всегда психологически травмирует человека, и спектр реакций на диагноз может быть самым разным, что зачастую неблагоприятно отражается на психологии личности больного. Беспокойство присуще жизни ВИЧ-инфицированного пациента, так как отражает хроническую неопределенность, связанную с болезнью. Часто оно провоцируется возрастающими рисками инвазии возбудителями других заболеваний, а также постепенно снижающейся способностью к эффективной повседневной деятельности, потерей физической привлекательности и финансовой независимости, чувством утраты планов на будущее, положения в обществе. Исходя из исследованных психологических особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов, можно говорить о некоторых специфических особенностях их посттравматической адаптации (Рейковский Я., 2000; Муздыбаев К., 2000).

Личностный потенциал ВИЧ-инфицированного пациента может быть представлен комплексом психологических характеристик, положительно влияющих на устойчивость механизмов саморегуляции и поведения в условиях хронической болезни; определяющих ресурс успешного совладания с критическими состояниями, диктуемыми болезнью, осознание здоровья как ценности; связанных с установкой на изменение привычного образа жизни, на поддержание непрерывного режима антиретровирусной терапии, убеждениями в действенности и необходимости принимаемых лечебно-профилактических мер.

Результаты ряда исследований показали, что психологическая приспособляемость ВИЧ-инфицированных пациентов во многом обуславливается и экстраинфекционными факторами социально-демографического порядка: социально-бытовыми условия проживания, экономическим и правовым статусом пациента, доступностью медицинской помощи и социальной поддержки (Очилов У.У., Астаев Р.Б., Тураев Т.М., 2016).

Учитывая вышеизложенное, в последнее время актуальными становятся исследования личностного потенциала и смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных пациентов. Смысловая сфера детерминирует саморегуляцию личности, основанную на системе ценностей и значимых отношений, сложившихся в процессе повседневной активности. Смысловая сфера личности дает возможность адаптироваться к изменившимся условиям жизнедеятельности, поддерживает устойчивость поведения индивида. Изменения смысловой сферы носят персональный характер, обуславливаемый: возрастом, уровнем образования, наличием семьи, особенностями психической организации, в частности, ресурсами личностного потенциала. Роль смысловой сферы возрастает в трудной, неопределенной жизненной ситуации, когда возникает угроза не только реализации основных жизненных целей, но и самой жизни (Корнеева Г.К., 2004; Датий А.В., 2014).

Исследование личностного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов даст возможность выявить особенности психологического ресурса, которые способствуют не просто приспособлению психики к факту ВИЧ-инфицирования, но и эффективному и полноценному жизненному функционированию пациентов в условиях хронической болезни, преодолению кризиса здоровья, мобилизации компенсаторных механизмов для контроля над болезнью. Полученные результаты позволят наметить пути и способы консультативной, психокоррекционной, психотерапевтической, медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам по оптимизации ресурсов психики и состояния организма в целом, что, на наш взгляд, определяет актуальность выбранной темы исследования.

**2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1. Выборка и опросный метод**

Сбор материала проводился на базе поликлиники и стационара СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Центра СПИД) в 2018 году.

Всеми участниками исследования было подписано информированное добровольное согласие на участие в экспериментально-психологическом обследовании с последующим представлением их обезличенных данных на защите выпускной квалификационной работы. Протокол исследования был одобрен научным руководителем исследования – Кольцовой Ольгой Владимировной, к. пс. н., заведующей отделом медицинской и социальной психологии СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Критерии включения в выборку, сформированные в соответствии с задачами исследования:

* Подписанное информированное добровольное согласие на исследование;
* Диспансерный учет в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;
* Возраст от 18 лет (совершеннолетия) и старше;
* ВИЧ-положительный диагноз был подтвержден иммуноферментным анализом и иммуноблоттом;
* Контролируемое АРВТ течение заболевания;
* Продолжительность приема АРВТ не менее 6 месяцев до начала исследования;
* Психологическое обследование проводилось при условии отсутствия у участника исследования явных признаков измененного состояния сознания.

Для решения поставленных задач и верификации сформулированных гипотез исследования был реализован комплекс взаимодополняющих методов:

* Теоретические (индуктивный, гипотетико-дедуктивный, теоретического моделирования, типологии, операционализации понятий). Включавшие в себя: изучение и системный анализ научно-практической литературы и нормативно-правовых актов, интерпретацию психофизиологических и психосоциальных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции и социализации ВИЧ-инфицированных пациентов.
* Эмпирические (клинико-биографический, психодиагностический, клинико-психологическое наблюдение). Включавшие в себя: исследование историй болезни и выкопировку данных, полученных с помощью лабораторных методов диагностики, из медицинских карт пациентов; анализ анамнеза жизни ВИЧ-инфицированных пациентов; психодиагностическую беседу в формате структурированного клинического интервью; экспериментально-психологическое обследование по шести отобранным методикам; анкетирование пациентов. Анамнестическая анкета была разработана для анализа социально-демографических данных ВИЧ-инфицированных пациентов и содержала в себе 30 пунктов, часть которых предполагала ранговую оценку степени выраженности рассматриваемого явления самим пациентом.

**2.2. Методическое обеспечение эмпирического исследования**

Организационно-методическая база исследования представлена комплексом психодиагностических методик:

1. «Шкала комплаентности Мориски-Грин» («4-item Morisky Medication Adherence Scale» – MMAS-4) – клинико-психологическая методика, предназначенная для предварительной оценки комплаентности и скринигового выявления недостаточно комплаентных больных.
2. «Шкала оценки здоровья пациента» («Patient Health Questionnaire» – PHQ) – клинико-психологическая методика Спитцера Р.Л., используемая для совместного исследования депрессивных, тревожных и соматических симптомов, так как чаще всего они встречаются вместе.
3. «Изучение самооценки социальной значимости болезни» – опросник А.И. Сердюка, позволяющий выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса пациентов.
4. «Психические состояния личности» («Personal Issues Inventory» – PII) – опросник А.Т. Джерсайлда, направленный на выявление стойких негативных внутренних состояний личности, влияющих на отношение человека к окружающему миру, к себе, к другим людям.
5. «Новый опросник толерантности к неопределенности» (НТН) – опросник Т.В. Корниловой, предназначенный для измерения способности человека принимать конфликт и напряжение, которые возникают в ситуации двойственности.
6. «Мельбурнский опросник принятия решений – МОПР («Melbourne Decision Making Questionnaire» – MDMQ) – опросник валидизированный Корниловой Т.В., предназначенный для диагностики индивидуального стиля принятия решений в условиях неопределенности, стиля совладания со стрессом.

При необходимости с подробным и объёмным описанием материала методического обеспечения проведенного исследования можно ознакомиться в приложении (см. Приложение).

Анамнестическая анкета была разработана для анализа социально-демографических данных ВИЧ-инфицированных пациентов и содержала в себе следующие информационные блоки по 30 переменным:

1. Социально-демографические характеристики:

* Ф.И.О.;
* возраст;
* пол;
* трудовая занятость;
* семейное положение;
* наличие детей;
* наличие судимости;
* уровень воспринимаемой социальной поддержки.

1. Паттерны сексуального поведения:

* сексуальная ориентация;
* наличие постоянного интимного партнера;
* наличие в анамнезе ИППП;
* отрицательный или неизвестный ВИЧ-статус интимного партнера.

1. Факторы аддикции в разные периоды времени (в анамнезе и на текущий момент):

* опыт употребления наркотиков с учетом их типов;
* опыт инъекционного употребления наркотиков;
* склонность к употреблению алкоголя.

1. Факторы приверженности непрерывной АРВТ:

* уровень готовности к пожизненному приему АРВТ;
* личные убеждения и отношение к АРВТ;
* пропуски в приеме АРВТ;
* максимальная длительность непрерывного лечения по одной схеме АРВТ;
* общая продолжительность приема АРВТ;
* длительность диспансерного наблюдения в Центре СПИД;
* наличие побочных эффектов АРВТ, их продолжительность;
* наличие сопутствующих заболеваний;
* наличие группы инвалидности;
* соблюдение режима приема пищи.

В исследовании уровня и устойчивости приверженности непрерывной АРВТ при анализе факторов также были учтены показатели последних лабораторных обследований из медицинских карт пациентов:

* уровень РНК-копий ВИЧ в крови или вирусная нагрузка (МЕ/мл);
* количество СD4+-лимфоцитов в крови или иммунный статус (клеток/мл или % от лимфоцитов);
* динамика вирусной нагрузки в период приема АРВТ (не изменилась / повысилась / снизилась);
* динамика иммунного статуса в период приема АРВТ (не изменился / повысился / снизился).

Таким образом, критериями устойчивой приверженности к непрерывному лечению могут считаться:

* РНК ВИЧ в крови не определяется (< 50 копий/мл) или не превышает 150 копий/мл крови спустя 6 месяцев от начала приема АРВТ;
* Количество СD4+-лимфоцитов повышается более чем на 25-50 клеток/мкл за год лечения;
* Лечение пациента в амбулаторном режиме, без множественных эпизодов госпитализации на стационарное отделение Центра СПИД;
* Длительный прием одной схемы АРВТ без пропусков лекарств, без ухудшения лабораторных иммунологических показателей;
* Уверенное согласие пациента с утверждениями анкеты о необходимости соблюдения пожизненного режима АРВТ, оценка отношения к АРВТ как «хорошее, терапия мне помогает», точное следование рекомендуемому режиму питания и распорядку дня.

**2.3. Математико-статистические методы обработки данных**

Полученные экспериментальные данные преобразованы в порядковые и номинальные (качественные) переменные. Для обработки результатов эмпирического исследования были использованы методы описательной, сравнительной непараметрической статистики с определением выраженности связей изучаемых переменных.

Для качественных признаков приведены частоты и процентное соотношение. Для сравнения категорийных данных и оценки взаимосвязи между качественными признаками использовался критерий согласия Хи-квадрат Пирсона и критерий точной значимости Фишера. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы об отсутствии значимых различий принят равным 0,05.

В нашем исследовании использовался метод сравнения частот бинарного признака в независимых группах (анализ таблиц 2х2). Полученные двумерные таблицы (четырехпольные таблицы, таблицы сопряженности) показывают частоту встречаемости одной, объясняемой социально-психологической переменной в зависимости от другой, объясняющей (независимой, причинной) переменной.

Способ проверки равенства частот основывался на угловом преобразовании Фишера. Критерий Фишера (φ, фи, phi) вычислял точную вероятность появления наблюдаемых частот при нулевой гипотезе (отсутствие связи между табулированными переменными). В таблице результатов приводились как односторонние, так и двусторонние уровни.

Оценка значимости различий при сравнении долей осуществлялась с использованием непараметрического критерия χэ2-квадрат (сhi-square, хи-квадрат отношения правдоподобия) Пирсона. Различия полагались статистически значимыми при p ≤ 0,05.

Таким образом был определен набор наиболее информативных биопсихосоциальных параметров, определяющих состояние личностного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов на основе результатов статистической обработки данных в группах сравнения: по устойчивости приверженности непрерывному длительному лечению ВИЧ-инфекции, по режиму наблюдения за пациентами в Центре СПИД, по длительности течения ВИЧ-инфекции, по уровню медикаментозного комплаенса, по половой принадлежности пациентов, по возрасту на момент инфицирования ВИЧ, по уровню иммунного статуса, по уровню воспринимаемой социальной поддержки.

Обработка полученных экспериментальных данных проводилась с использованием стандартных методов математической статистики с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics v.22 for Windows и программы для работы с электронными таблицами Microsoft Excel 2007.

**Резюме по второй главе**

Сочетание медицинских и психологических скрининговых диагностических методов может успешно использоваться для оценки уровня приверженности непрерывному лечению в системе оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам.

Клинико-лабораторные методы (показатели вирусной нагрузки и иммунного статуса) позволяют получить объективные критерии уровня приверженности ВИЧ-инфицированных пациентов к непрерывной длительной АРВТ.

Психологические методы помогают выявить ресурсы личностного потенциала и поведенческие особенности пациента с ВИЧ-инфекцией, имеющие отношение к оценке рисков для биопсихосоциального здоровья самого пациента, а также риски, связанные с распространением ВИЧ.

Статистические методы анализа связей объективных показателей, полученных с помощью экспериментально-психологических методов, позволили определить социальные, поведенческие, мотивационные, когнитивные, эмоциональные составляющие личностного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов с устойчивой и неустойчивой приверженностью к непрерывному длительному лечению и АРВТ.

**3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**3.1.Описательный анализ выборки**

Эмпирическую базу исследования составила группа (N = 31) ВИЧ-инфицированных мужчин – 41,9% (13/31) и женщин – 58,1% (18/31) в возрасте от 20 до 50 лет, со стажем инфицирования от 1 года до 23 лет, амбулаторно посещающие Центр СПИД (n = 15), а также находящиеся на стационарном лечении Центра СПИД в клинике им. проф. Виноградовой Е.Н. (n = 16) и получающие АРВТ не менее 6 месяцев до начала исследования.

* Средний возраст испытуемых по выборке – 38 лет (станд. откл. = 6,4; α = 0,05).
* Минимальный возраст на момент инфицирования – 14 лет, максимальный – 41 год. Средний возраст испытуемых на момент инфицирования – 28,1 лет (станд. откл. = 4,24; α = 0,05).
* Средняя длительность заболевания ВИЧ-инфекцией с момента медицинской верификации – 9,41 лет (станд. откл. = 5,72; α = 0,05).
* Минимальная продолжительность диспансерного наблюдения в Центре СПИД – 9 месяцев, максимальная продолжительность диспансерного наблюдения в Центре СПИД – 18,41 лет. Средняя продолжительность диспансерного наблюдения в Центре СПИД – 7,69 лет (станд. откл. = 5,31; α = 0,05).
* Минимальная продолжительность непрерывной АРВТ – 6 месяцев, максимальная продолжительность непрерывной АРВТ – 10 лет. Средняя продолжительность АРВТ – 2,72 года (станд. откл. = 2,71; α = 0,05).

Таблица 1

**Социально-демографические особенности выборки**

|  |  |
| --- | --- |
| **Изучаемые характеристики:** | **Частота (%) по общей выборке (N=31):** |
|
| приверженность непрерывному длительному лечению | неустойчивая приверженность – 54,8% (17) |
| устойчивая приверженность – 45,2% (14) |
| режим лечения в Центре СПИД | амбулаторно – 48,4% (15) |
| стационарно – 51,6% (16) |
| возраст на момент  инфицирования (28,1 лет) | моложе 28,1 лет – 51,6% (16) |
| старше 28,1 лет – 48,4% (15) |
| пол | мужчины – 41,9% (13) |
| женщины – 58,1% (18) |
| возраст (38 лет) | младше 38 лет – 54,8% (17) |
| старше 38 лет – 45,2% (14) |
| длительность течения  ВИЧ-инфекции (9,41 лет) | менее 9,41 лет – 61,3% (19) |
| более 9,41 лет – 38,7% (12) |
| период наблюдения в  Центре СПИД (7,69 лет) | менее 7,69 лет – 51,6% (16) |
| более 7,69 лет – 48,4% (15) |
| сопутствующие заболевания | нет – 22,6% (7) |
| ХВГ (B,C,D) –29% (9) |
| туберкулез – 0% (0) |
| ИППП – 9,66% (3) |
| онкологические заболевания – 6,45% (2) |
| кожные болезни – 9,66% (3) |
| неврологические расстройства – 3,23% (1) |
| психопатология – 0% (0) |
| множественные сочетанные – 19,4% (6) |
| динамика вирусной нагрузки  в период лечения | снижение ВН – 80,6% (25) |
| другие изменения ВН – 19,4% (6) |
| данные лаб. анализа уровня  HIV-RNA (копий/мл) | ВН подавлена – 41,7% (10) |
| ВН определяется – 58,3 % (14) |
| динамика иммунного статуса  в период лечения | ИС повысился – 62,5% (15) |
| другие изменения ИС – 37,5% (9) |
| данные лаб. анализа уровня СD4-лимфоцитов (клеток/мкл) | норма (≥500) – 50% (13) |
| снижение (< 500) – 50% (13) |
| непрерывная продолжительность АРВТ (2,68 года) | менее 2,68 лет – 58,1% (18) |
| более 2,68 лет – 41,9% (13) |
| побочные эффекты АРВТ | отсутствуют – 6,45% (2) |
| непродолжительные – 35,48% (11) |
| продолжительные – 58,07% (18) |
| отношение к АРВТ | «очень хорошее, сильно помогает» – 32,26% (10) |
| «хорошее, как должное» – 54,84% (17) |
| «не понимаю, зачем это надо» – 0% (0) |
| «терапия мне мало поможет» – 0% (0) |
| «другое» – 12,9% (4) |
| уровень готовности к  пожизненному приему АРВТ | да, готов – 96,78% (30) |
| нет, не готов – 3,22% (1) |
| группа инвалидности | отсутствует – 77,4% (24) |
| имеется – 22,6% (7) |
| трудовая занятость | не работают – 48,4% (15) |
| работают – 51,6% (16) |
| уровень  воспринимаемой  социальной  поддержки | не нуждаются в поддержке, справляются самостоятельно – 19,4% (6) |
| в окружении нет никого, к кому можно обратился за помощью – 3,22% (1) |
| со стороны близкого друга (друзей) –3,22%(1) |
| со стороны родственников – 32,26% (10) |
| со стороны партнера / супруга – 12,9% (4) |
| широкая сеть помощи– 29% (9) |
| семейное положение | холост – 64,52% (20) |
| в браке – 35,48% (11) |
| сексуальная ориентация | гомосексуальность – 9,66 % (3) |
| гетеросексуальность – 90,34% (28) |
| ВИЧ-статус  интимного партнера | партнер отсутствует – 41,9% (13) |
| ВИЧ-статус неизвестен – 3,22% (1) |
| статус ВИЧ-отрицательный – 25,88% (8) |
| статус ВИЧ-положительный – 29% (9) |
| наличие детей | нет – 38,7% (12) |
| есть, роды до инфицирования – 45,2% (14) |
| есть, роды после инфицирования – 16,1% (5) |
| вредные привычки | нет – 19,4% (6) |
| табакокурение – 32,26% (10) |
| употребление алкоголя – 16,1% (5) |
| неинъекционное употребление ПАВ  в прошлом – 3,22% (1) |
| неинъекционное употребление ПАВ  в настоящем – 0% (0) |
| инъекционное употребление ПАВ  в прошлом – 19,4% (6) |
| инъекционное употребление ПАВ  в настоящем –9,66% (3) |
| нарушение закона в анамнезе | не привлекался – 61,3% (19) |
| привлекался – 38,7% (12) |
| режим сбалансированного  рекомендованного питания | не каждый день –3,22% (1) |
| один раз в день – 16,13% (5) |
| дважды в день – 35,48% (11) |
| трижды в день – 38,71% (12) |
| более трех раз в день – 6,45% (2) |
| соблюдение режима дня | нет режима –38,7% (12) |
| с эпизодическими нарушениями – 41,9% (13) |
| строго следую –19,4% (6) |
| оценка медикаментозногокомплаенса  (по шкале Мориски-Грин) | неприверженность – 29% (9) |
| риск неприверженности – 41,9% (13) |
| высокая приверженность – 29% (9) |
| уязвимые сферы социального статуса пациентов по  опроснику А. И. Сердюка «Изучение самооценки социальной значимости болезни» | выраженное ограничение  ощущения силы и энергии – 51,6% (16) |
| выраженное ухудшение  отношения к больному в семье –19,4% (6) |
| выраженное  ограничение удовольствий – 29% (9) |
| выраженное ухудшение  отношения к больному на работе – 0% (0) |
| выраженное ограничение  свободного времени – 22,6% (7) |
| выраженное  ограничение карьеры – 35,48% (11) |
| выраженное снижение  физической привлекательности – 29% (9) |
| выраженное формирование  чувства ущербности – 29% (9) |
| выраженное  ограничение общения – 16,1% (5) |
| выраженный  материальный ущерб – 35,48% (11) |

Для наглядности, полученные обобщенные показатели наиболее уязвимых социально-значимых сфер повседневного функционирования испытуемых, затронутых болезнью, дополнительно представляются в виде лепестковой диаграммы (рис. 1). Судить о выраженности значимости заболевания в социальных сферах повседневного функционирования испытуемых следует по площади фигуры, ограниченной линиями выраженности и удовлетворенности. Чем больше площадь фигуры – тем более выражены ограничения, накладываемые болезнью, в той или иной социально-значимой сфере жизнедеятельности.



Рис. 1. Диаграмма интегрального восприятия влияния заболевания на

значимые социальные сферы жизни ВИЧ-инфицированных пациентов

(в процентах).

77,4% пациентов, принявших участие в исследовании, имели верифицированные сопутствующие ВИЧ-инфекции заболевания, в структуре которых превалировала сочетанная инфекция ВИЧ/ВГС (29%); 19,4% пациентов, принявших участие в исследовании, имели множественные сопутствующие заболевания различных органов и систем, на долю ИППП пришлось 9,66% сопутствующих заболеваний.

93,55% пациентов, принявших участие в исследовании, в процессе лечения когда-либо испытывали на себе побочные эффекты АРВТ той или иной степени тяжести (от легких до выраженных). У 58,07% пациентов побочные эффекты носили длительный характер, у 35,48% пациентов побочные эффекты носили преходящий характер и были кратковременными.

Из дальнейшего анализа данных были исключены: переменная «отношение к АРВТ» (вопрос анкеты – «оцените Ваше отношение к АВРТ как: очень хорошее (терапия мне сильно помогает), хорошее (принимаю терапию как должное), сомневаюсь в действенности, плохое, другое»), и переменная «субъективная готовность к пожизненной АРВТ» (вопрос анкеты – «настроены ли Вы принимать АРВТ пожизненно: да, нет?»). Так как большинство пациентов, принявших участие в исследовании, согласны с данными утверждениями, и склонны давать социально желательные ответы («да, я настроен на пожизненный прием АРВТ» и «мое отношение к АРВТ очень хорошее, лечение мне сильно поможет»), поэтому показатели по данным переменным не позволяют дифференцировать действительный уровень приверженности непрерывному длительному лечению ВИЧ-инфицированных пациентов, принявших участие в исследовании.

По уровню воспринимаемой социальной поддержки пациентов, принявших участие в исследовании, можно разделить на 2 группы: с низким уровнем социальной поддержки (у 22,62% пациентов), и высоким уровнем социальной поддержки (у 77,33% пациентов).

Наиболее уязвимой сферой социального функционирования для ВИЧ-инфицированных пациентов, принявших участие в исследовании, оказалась сфера повседневной жизненной активности, так 51,6% пациентов отмечают у себя выраженное ограничение ощущения силы и энергии, накладываемое болезнью.

По оценке факторов риска развития неустойчивой приверженности непрерывному лечению у ВИЧ-инфицированных пациентов, принявших участие в исследовании, можно выделить следующую структуру:16,1% склонны к употреблению алкоголя, 29,06% в анамнезе и на текущий момент времени с опытом инъекционного употребления ПАВ; 38,7% имеют судимость; 48,4% безработные; 38,7% не считают для себя необходимым выработать упорядоченный режим дня; 19,35% не соблюдают рекомендуемый режим полноценного питания.

Из ВИЧ-инфицированных пациентов, принявших участие в исследовании, 51,6% на момент экспериментально-психологического обследования и клинической беседы находились на стационарном отделении Центра СПИД в клинике им. проф. Виноградовой Е.Н., что косвенно может указывать на нестабильность состояния их здоровья.

У 58,3% ВИЧ-инфицированных пациентов, принявших участие в исследовании, по результатам последних лабораторных обследований вирусная нагрузка не может считаться подавленной.

**3.2. Индивидуально-психологические и социально-поведенческие**

**характеристики ВИЧ-инфицированных пациентов в группах сравнения**

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (0,073 ≥ p ≤ 0,124)* в группе сравнения (n = 31) по устойчивости непрерывности лечения (неустойчивая приверженность – 54,8% (17) / устойчивая приверженность – 45,2% (14)) были выделены связи устойчивости непрерывности лечения со следующими социально-демографическими и личностными психологическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с наличием сопутствующих заболеваний, с воспринимаемым уровнем социальной поддержки, с эпизодами нарушения закона и наличием судимости в анамнезе, с выраженностью психического состояния безнадежности (см. табл. 2).

Таблица 2

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по устойчивости приверженности непрерывному лечению**

**ВИЧ-инфекции, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%)**  **характеристики переменной по выборке**  **(N = 31):** | **Количественныйпоказатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** |
| **Неустойч. приверж.:**  **(n=17)** | **Устойч. приверж.:**  **(n=14)** |
| сопутствующие заболевания | отсутствуют –  22,6% (7) | 11,8%  (2) | 35,7%  (5) | 2,519 | 0,124 |
| имеются –  77,4% (24) | 88,2%  (15) | 64,3%  (9) |
| уровень  социальной поддержки | низкий –  22,6% (7) | 11,8%  (2) | 35,7%  (5) | 2,519 | 0,124 |
| высокий –  77,4% (24) | 88,2%  (15) | 64,3%  (9) |
| нарушение  закона  в анамнезе | не привлекался –  61,3% (19) | 47,1%  (8) | 78,6%  (11) | 3,213 | 0,077 |
| привлекался –  38,7% (12) | 52,9%  (9) | 21,4%  (3) |
| безнадежность (по опр. «личностных состояний» Джерсайлда) | не выражено –  77,4% (24) | 64,7%  (11) | 92,9%  (13) | 3,480 | 0,073 |
| выражено –  22,6% (7) | 35,3%  (6) | 7,1%  (1) |

Группа «неустойчивая приверженность непрерывному лечению» в сравнении с группой «устойчивая приверженность непрерывному лечению» характеризовалась: большей частотой встречаемости сопутствующих заболеваний (88,2% против 64,3%), большей частотой встречаемости высокого уровня воспринимаемой социальной поддержки (88,2% против 64,3%), большей встречаемостью случаев нарушения закона и судимости в анамнезе (52,9% против 21,4%), большей частотой встречаемости выраженного состояния безнадежности (35,3% против 7,1%).

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (0,053 ≥ p ≤ 0,103)* в группе сравнения (n = 31) по режиму наблюдения в Центре СПИД (амбулаторное наблюдение – 48,4% (15) / стационарное наблюдение – 51,6% (16)) были выделены связи вида режима наблюдения со следующими социально-демографическими и личностными психологическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с возрастом испытуемых на момент инфицирования, с динамикой вирусной нагрузки в период лечения, с уровнем межличностной интолерантности к неопределенности, с выраженностью ограничений в социально значимой сфере карьеры, со сроком непрерывной продолжительности АРВТ.

*На уровне статистической значимости 0,023 ≤ р ≤ 0,05* (*р ≤ 0,05)* в группе сравнения (n = 31) по режиму наблюдения в Центре СПИД (амбулаторное наблюдение – 48,4% (15) / стационарное наблюдение – 51,6% (16)) были выделены связи вида режима наблюдения со следующими социально-демографическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с семейным положением, с воспринимаемым уровнем социальной поддержки, с текущим трудовым статусом (см. табл. 3).

Таблица 3

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по режиму наблюдения в Центре СПИД, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%) характеристики переменной по выборке (N = 31):** | **Количественныйпоказатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** | |
| **Амбулаторное наб.:**  **(n=15)** | **Стационарное наб.:**  **(n=16)** |
| возраст на  момент инфицирования  (28,1 лет) | младше 28,1 лет – 51,6% (16) | 66,7%  (10) | 37,5%  (6) | 2,637 | 0,103 | |
| старше 28,1 лет –48,4% (15) | 33,3%  (5) | 62,5%  (10) |
| динамика  вирусной нагрузки в период лечения | снижение ВН –  80,6% (25) | 93,3%  (14) | 68,8%  (11) | 2,998 | 0,100 | |
| другие изменения ВН – 19,4% (6) | 6,7%  (1) | 31,3%  (5) |
| межличностная интолерантность к неопределенности(по опр. «НТН» Корниловой) | средний уровень – 77,4% (24) | 93,3%  (14) | 62,5%  (10) | 2,998 | 0,100 | |
| высокий уровень – 22,6% (7) | 6,7%  (1) | 37,5%  (6) |
| ограничение  карьеры (по опр. Сердюка «самооценка соц. значим. болезни») | не выражено – 64,5% (20) | 80,0%  (12) | 50,0%  (8) | 3,044 | | 0,085 |
| выражено –  35,5% (11) | 20,0%  (3) | 50,0%  (8) |
| непрерывная продолжительность АРВТ  (2,68 года) | менее 2,68 лет– 58,1% (18) | 40,0%  (6) | 75,0%  (12) | 3,895 | | 0,053 |
| более 2,68 лет –  41,9% (13) | 60,0%  (9) | 25,0%  (4) |
| семейное  положение | холост –  64,5% (20) | 46,7%  (7) | 81,3%  (13) | 4,045 | | 0,050 |
| в браке –  35,5% (11) | 53,3%  (8) | 18,8%  (3) |
| уровень  социальной поддержки | низкий –  22,6% (7) | 40,0%  (6) | 6,3%  (1) | 5,044 | | 0,033 |
| высокий –  77,4% (24) | 60,0%  (9) | 93,8%  (15) |
| текущий  трудовой статус | не работает –  48,4% (15) | 26,7%  (4) | 68,8%  (11) | 5,490 | | 0,023 |
| работает –  51,6% (16) | 73,3%  (11) | 31,3%  (5) |

Группа «стационарный режим наблюдения в Центре СПИД» в сравнении с группой «амбулаторный режим наблюдения в Центре СПИД» характеризовалась: большей частотой встречаемости возраста после 28,1 лет на момент инфицирования ВИЧ (62,5% против 33,3%), меньшей частотой случаев снижения вирусной нагрузки в период лечения (68,8% против 93,3%), большей частотой встречаемости высокого уровня межличностной интолерантности к неопределенности (37,5% против 6,7%), большей частотой встречаемости выраженного ограничения в сфере карьеры, накладываемого болезнью (50,0% против 20,0%), меньшей частотой встречаемости продолжительного непрерывного приема АРВТ (25,0% против 60,0%), меньшей частотой наблюдаемости браков (18,8% против 53,3%), большей частотой встречаемости высокого уровня воспринимаемой социальной поддержки (93,8% против 60,0%),большей частотой встречаемости безработных лиц (68,8% против 26,7%).

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (p = 0,073)* в группе сравнения (n = 31) по длительности течения ВИЧ-инфекции (стаж менее 9,41 лет – 61,3% (19) / стаж более 9,41 лет – 38,7% (12)) была выделена связь стажа заболевания с уровнем толерантности к неопределенности.

*На уровне статистической значимости р = 0,05* в группе сравнения (n = 31) по длительности течения ВИЧ-инфекции (стаж менее 9,41 лет – 61,3% (19) / стаж более 9,41 лет – 38,7% (12)) была выделена связь стажа заболевания с уровнем медикаментозного комплаенса.

*На уровне высокой статистической значимости р ≤ 0,01* в группе сравнения (n = 31) по длительности течения ВИЧ-инфекции (стаж менее 9,41 лет – 61,3% (19) / стаж более 9,41 лет – 38,7% (12)) были выделены связи стажа заболевания со следующими социально-демографическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с опытом употребления инъекционных ПАВ в анамнезе, с возрастом испытуемых на момент инфицирования, с длительностью периода наблюдения в Центре СПИД (см. табл. 4).

Таблица 4

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по длительности течения ВИЧ-инфекции, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и**  **психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%) характеристики**  **переменной по выборке (N = 31):** | **Количественныйпоказатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** |
| **Стаж менее 9,41 лет:**  **(19)** | **Стаж более 9,41 лет:**  **(12)** |
| толерантность к неопределенности (по опр. «НТН» Корниловой) | средний уровень – 77,4% (24) | 68,4%  (13) | 91,7%  (11) | 3,564 | 0,073 |
| высокий уровень – 22,6% (7) | 31,6%  (6) | 8,3%  (1) |
| оценка  медикаментозногокомплаенса (по шкале Мориски-Грин) | неустойчивый –  71,0% (22) | 57,9%  (11) | 91,7%  (11) | 4,071 | 0,050 |
| устойчивый –  29,0% (9) | 42,1%  (8) | 8,3%  (1) |
| употребление инъекционных ПАВ в анамнезе | отсутствует –  71,0% (22) | 89,5%  (17) | 41,7%  (5) | 8,159 | 0,007 |
| присутствует –  29,0% (9) | 10,5%  (2) | 58,3%  (7) |
| возраст на  момент инфицирования  (28,1 лет) | младше 28,1 лет – 51,6% (16) | 31,6%  (6) | 83,3%  (10) | 7,888 | 0,006 |
| старше 28,1 лет – 48,4% (15) | 68,4%  (13) | 16,7%  (2) |
| период наблюдения в Центре СПИД  (7,69 лет) | менее 7,69 лет –  51,6% (16) | 73,7%  (14) | 16,7%  (2) | 9,574 | 0,003 |
| более 7,69 лет –  48,4% (15) | 26,3%  (5) | 83,3%  (10) |

Группа «стаж течения ВИЧ-инфекции более 9,41 лет» в сравнении с группой «стаж течения ВИЧ-инфекции менее 9,41 лет» характеризовалась: меньшей частотой встречаемости высокого уровня толерантности к неопределенности (8,3% против 31,6%), меньшей частотой встречаемости устойчивого медикаментозного комплаенса (8,3% против 42,1%), большей встречаемостью случаев употребления инъекционных ПАВ в анамнезе (58,3% против 10,5%), меньшей частотой встречаемости возраста на момент инфицирования ВИЧ после 28,1 лет (16,7% против 68,4%), меньшей частотой встречаемости длительности диспансерного наблюдения в Центре СПИД менее 7,69 лет (16,7% против 73,7%).

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (p = 0,077)* в группе сравнения (n = 31) по уровню медикаментозного комплаенса, согласно шкале Мориски-Грин (неустойчивый комплаенс– 71% (22) / устойчивый комплаенс – 29% (9)) была выделена связь уровня комплаенса с выраженностью такого иррационального индивидуального стиля принятия решений в условиях неопределенности, как избегание.

*На уровне статистической значимости р = 0,05* в группе сравнения (n = 31) по уровню медикаментозного комплаенса, согласно шкале Мориски-Грин (неустойчивый комплаенс – 71% (22) /устойчивый комплаенс – 29% (9)) были выделены связи уровня комплаенса со следующими социально-демографическими переменными: с длительностью течения ВИЧ-инфекции, с эпизодами нарушения закона и наличием судимости в анамнезе.

*На уровне статистической значимости р = 0,044* (*р < 0,05)* в группе сравнения (n = 31) по уровню медикаментозного комплаенса, согласно шкале Мориски-Грин (неустойчивый комплаенс – 71% (22) / устойчивый комплаенс – 29% (9)) была выделена связь уровня комплаенса с текущим трудовым статусом (см. табл. 5).

Таблица 5

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по устойчивости медикаментозного комплаенса, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и**  **психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%) характеристики**  **переменной по выборке (N = 31):** | **Количественныйпоказатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** |
| **Неустойчивый компл.:**  **(22)** | **Устойчивый компл.:**  **(9)** |
| избегание (по опр. «МОПР» Корниловой) | умеренная выражен. – 64,5% (20) | 54,5%  (12) | 88,9%  (8) | 3,291 | 0,077 |
| сильная  выражен. – 35,5% (11) | 45,5%  (10) | 11,1%  (1) |
| длительность  течения  ВИЧ-инфекции  (9,41 лет) | менее 9,41 лет –  61,3% (19) | 50,0%  (11) | 88,9%  (8) | 4,071 | 0,050 |
| более 9,41 лет –  38,7% (12) | 50,0%  (11) | 11,1%  (1) |
| нарушение  закона в  анамнезе | не привлекался  – 61,3% (19) | 50,0%  (11) | 88,9%  (8) | 4,071 | 0,050 |
| привлекался – 38,7% (12) | 50,0%  (11) | 11,1%  (1) |
| текущий  трудовой статус | не работает –  48,4% (15) | 36,4%  (8) | 77,8%  (7) | 4,386 | 0,044 |
| работает –  51,6% (16) | 63,6%  (14) | 22,2%  (2) |

Группа «неустойчивый медикаментозный комплаенс» в сравнении с группой «устойчивый медикаментозный комплаенс» характеризовалась: большей частотой встречаемости выраженного избегания (45,5% против 11,1%), большей частотой встречаемости стажа течения ВИЧ-инфекции более 9,41 лет (50,0% против 11,1%), большей встречаемостью случаев нарушения закона и судимости в анамнезе (50,0% против 11,1%), большей частотой встречаемости работающих лиц (63,6% против 22,2%).

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (0,065 ≥ p ≤ 0,104)* в группе сравнения (n = 31) по половой принадлежности (мужчины – 41,9% (13) / женщины – 58,1% (18)) были выделены связи пола испытуемых со следующими социально-демографическими и личностными психологическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с наличием сопутствующих заболеваний, с текущим трудовым статусом, с выраженностью субъективно воспринимаемого материального ущерба, с продолжительностью побочных эффектов АРВТ (см. табл. 6).

*На уровне статистической значимости 0,032 ≤ р ≤ 0,034* (*р < 0,05)* в группе сравнения (n = 31) по половой принадлежности (мужчины – 41,9% (13) / женщины – 58,1% (18)) были выделены связи пола испытуемых со следующими социально-демографическими и личностными психологическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с выраженностью психического состояния одиночества (рис. 2), с эпизодами нарушения закона и наличием судимости в анамнезе.

*На уровне высокой статистической значимости р = 0,002 (р < 0,01)* в группе сравнения (n = 31) по половой принадлежности (мужчины – 41,9% (13) / женщины – 58,1% (18)) была выделена связь пола испытуемых с уровнем межличностной интолерантности к неопределенности (рис. 3).

Таблица 6

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по половой принадлежности ВИЧ-инфицированных пациентов, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и**  **психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%) характеристики переменной по выборке**  **(N = 31):** | **Количественный показатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** |
| **Муж-**  **чины:**  **(13)** | **Жен-**  **щины:**  **(18)** |
| сопутствующие заболевания | отсутствуют –  22,6% (7) | 7,7%  (1) | 33,3%  (6) | 2,783 | 0,104 |
| имеются –  77,4% (24) | 92,3%  (12) | 66,7%  (12) |
| текущий  трудовой  статус | не работает –  48,4% (15) | 30,8%  (4) | 61,1%  (11) | 2,839 | 0,096 |
| работает –  51,6% (16) | 69,2%  (9) | 38,9%  (7) |
| материальный ущерб (по опр. Сердюка «самооценка соц. значим. болезни») | не выражено –  64,5% (20) | 46,2%  (6) | 77,8%  (14) | 3,298 | 0,076 |
| выражено –  35,5% (11) | 53,8%  (7) | 22,2%  (4) |
| побочные  эффекты  АРВ-терапии | непродолжительные – 41,9% (13) | 61,5%  (8) | 27,8%  (5) | 3,533 | 0,065 |
| продолжительные – 58,1% (18) | 38,5%  (5) | 72,2%  (13) |
| одиночество (по опр. «личностных состояний» Джерсайлда) | не выражено –  80,6% (25) | 61,5%  (8) | 94,4%  (17) | 5,236 | 0,034 |
| выражено –  19,4% (6) | 38,5%  (5) | 5,6%  (1) |
| нарушение  закона в  анамнезе | не привлекался –  61,3% (19) | 38,5%  (5) | 77,8%  (14) | 4,918 | 0,032 |
| привлекался –  38,7% (12) | 61,5%  (8) | 22,2%  (4) |
| межличностная интолерантность к неопределенности(по опр. «НТН» Корниловой) | средний уровень – 77,4% (24) | 53,8%  (7) | 94,4%  (17) | 10,302 | 0,002 |
| высокий уровень – 22,6% (7) | 46,2%  (6) | 5,6%  (1) |

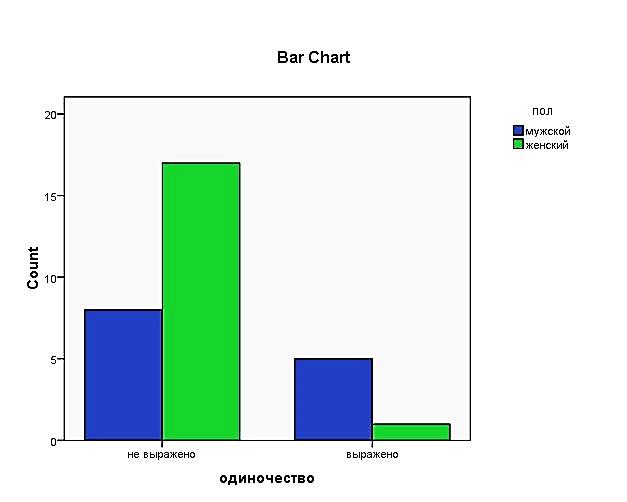


Рис. 2. Столбчатая диаграмма частотного распределения степени

выраженности состояния одиночества в группе сравнения пациентов по полу (абс.).

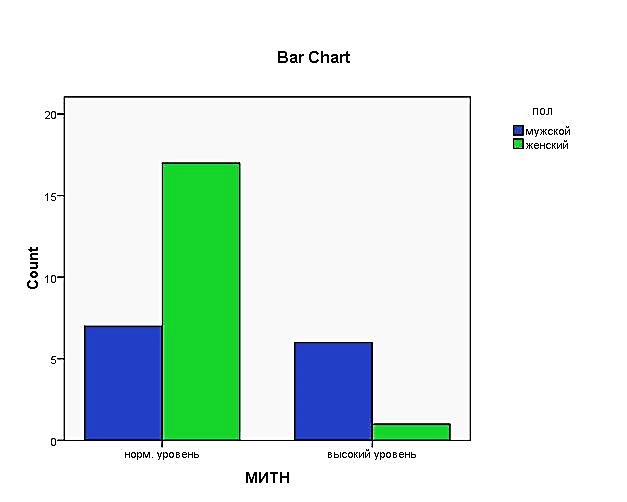


Рис. 3. Столбчатая диаграмма частотного распределения уровня

межличностной интолерантности к неопределенности в группе сравнения пациентов по полу (абс.).

Группа «мужчины» в сравнении с группой «женщины» характеризовалась: большей частотой встречаемостисопутствующих заболеваний (92,3%против 66,7%), меньшей частотой встречаемости безработных лиц (30,8% против 61,1%), большей частотой встречаемости выраженного материального ущерба, причиняемого болезнью (53,8% против 22,2%), меньшей частотой встречаемости продолжительных побочных эффектов (38,5% против 72,2%), большей частотой встречаемости выраженного состояния одиночества (38,5% против 5,6%), большей встречаемостью случаев нарушения закона и судимости в анамнезе (61,5% против 22,2%), большей частотой встречаемости высокого уровня межличностной интолерантности к неопределенности (46,2% против 5,6%).

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (0,070 ≥ p ≤ 0,106)* в группе сравнения (n = 31) по возрасту на момент инфицирования (инфицированы до 28,1 лет – 51,6% (16) / инфицированы после 28,1 лет – 48,4% (15)) были выделены связи возраста испытуемых на момент инфицирования со следующими социально-демографическими и личностными психологическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с проявлениями панических атак в анамнезе, с видом режима наблюдения в Центре СПИД, с выраженностью ограничения ощущения силы и энергии в процессе повседневного функционирования, с опытом употребления инъекционных ПАВ в анамнезе (см. табл. 7).

*На уровне статистической значимости р = 0,05* в группе сравнения (n = 31) по возрасту на момент инфицирования (инфицированы до 28,1 лет – 51,6% (16) / инфицированы после 28,1 лет – 48,4% (15)) была выделена связь возраста испытуемых на момент инфицирования с выраженностью ограничений в социально значимой сфере карьеры (рис. 4).

*На уровне статистической значимости р = 0,035* (*р<0,05)* в группе сравнения (n = 31) по возрасту на момент инфицирования (инфицированы до 28,1 лет – 51,6% (16) / инфицированы после 28,1 лет – 48,4% (15)) была выделена связь возраста испытуемых на момент инфицирования с выраженностью такого индивидуального стиля принятия решений в условиях неопределенности, как бдительность (рис. 5).

Таблица 7

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по возрасту на момент инфицирования, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и**  **психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%) характеристики**  **переменной по выборке (N = 31):** | **Количественныйпоказатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** |
| **Инфиц. до 28,1 лет:**  **(16)** | **Инфиц.после 28,1 лет:**  **(15)** |
| проявления  панических атак (по PHQ-SADS) | нет –  61,3% (19) | 75,0%  (12) | 46,7%  (7) | 2,620 | 0,106 |
| да –  38,7% (12) | 25,0%  (4) | 53,3%  (8) |
| режим  наблюдения в  Центре СПИД | амбулаторно –  48,4% (15) | 62,5%  (10) | 33,3%  (5) | 2,637 | 0,103 |
| стационарно –  51,6% (16) | 37,5%  (6) | 66,7%  (10) |
| ограничение ощущения силы и энергии (по опр. Сердюка «самооценка соц. знач. болезни») | не выражено –  48,4% (15) | 62,5%  (10) | 33,3%  (5) | 2,637 | 0,103 |
| выражено –  51,6% (16) | 37,5%  (6) | 66,7%  (10) |
| употребление инъекционных ПАВ в анамнезе | отсутствует –  71,0% (22) | 56,3%  (9) | 86,7%  (13) | 3,476 | 0,070 |
| присутствует –  29,0% (9) | 43,8%  (7) | 13,3%  (2) |
| ограничение  карьеры (по опр. Сердюка «самооценка соц. значим. болезни») | не выражено – 64,5% (20) | 81,3%  (13) | 46,7%  (7) | 4,045 | 0,050 |
| выражено –  35,5% (11) | 18,8%  (3) | 53,3%  (8) |
| бдительность (по опр. «МОПР» Корниловой) | умеренная выражен. – 32,3% (10) | 50,0%  (8) | 13,3%  (2) | 4,763 | 0,035 |
| сильнаявыражен.  – 67,7% (21) | 50,0%  (8) | 86,7%  (13) |

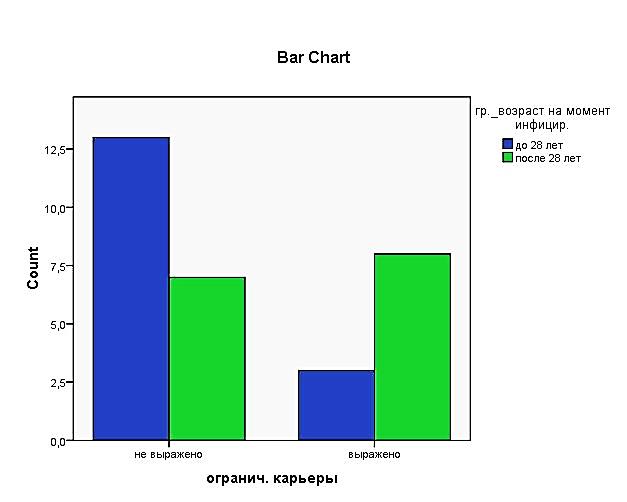


Рис. 4. Столбчатая диаграмма частотного распределения степени

выраженности накладываемых болезнью ограничений в сфере карьеры в группе сравнения пациентов по возрасту на момент инфицирования (абс.)

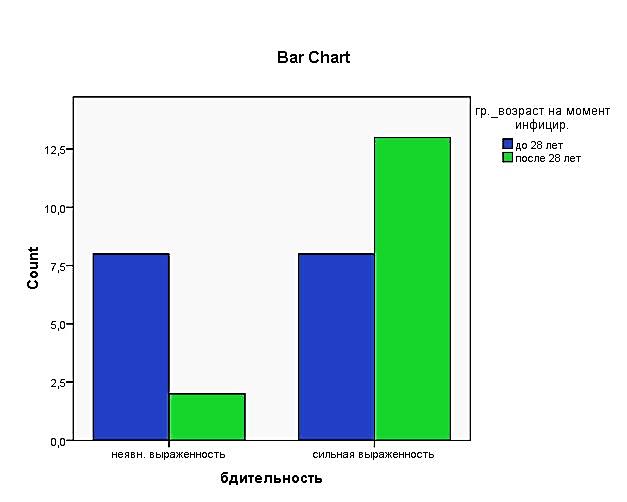


Рис. 5. Столбчатая диаграмма частотного распределения степени

выраженности бдительности как стиля принятия решений в группе

сравнения пациентов по возрасту на момент инфицирования (абс.)

Группа «инфицированные ВИЧ в возрасте после 28,1 лет» в сравнении с группой «инфицированные ВИЧ в возрасте до 28,1 лет» характеризовалась: большей частотой встречаемости проявлений панических атак в анамнезе (53,3% против 25,0%), большей частотой случаев стационарного режима наблюдения в Центре СПИД (66,7% против 37,5%), большей частотой встречаемости выраженного ограничения ощущения силы и энергии в повседневном функционировании (66,7% против 37,5%), меньшей встречаемостью случаев употребления инъекционных ПАВ в анамнезе (13,3% против 43,8%), большей частотой встречаемости выраженного ограничения в сфере карьеры, накладываемого болезнью (53,3% против 18,8%), большей частотой встречаемости выраженной бдительности (86,7% против 50,0%).

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (0,080 ≥ p ≤ 0,119)* в группе сравнения (n=26) по уровню иммунного статуса ВИЧ-инфицированных пациентов (снижение – 50,0% (13) / норма – 50,0% (13)) были выделены связи текущего иммунного статуса испытуемых со следующими социально-демографическими и личностными психологическими переменными (по возрастанию уровня значимости): со сроком непрерывной продолжительности АРВТ, с выраженностью психического состояния безнадежности.

*На уровне статистической значимости р = 0,037* (*р < 0,05)* в группе сравнения (n = 26) по уровню иммунного статуса ВИЧ-инфицированных пациентов (снижение – 50,0% (13) / норма – 50,0% (13)) была выделена связь текущего иммунного статуса испытуемых с наличием сопутствующих заболеваний (см. табл. 8).

Таблица 8

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по уровню иммунного статуса ВИЧ-инфицированных пациентов, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и**  **психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%) характеристики**  **переменной по выборке (N = 26):** | **Количественныйпоказатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** |
| **Норма:**  **(13)** | **Снижение:**  **(13)** |
| непрерывная продолжительность АРВТ  (2,68 года) | менее 2,68 лет– 53,8% (14) | 38,5%  (5) | 69,2%  (9) | 2,476 | 0,119 |
| более 2,68 лет – 46,2% (12) | 61,5%  (8) | 30,8%  (4) |
| безнадежность (по опр.  «личностных  состояний» Джерсайлда) | не выражено – 76,9% (20) | 92,3%  (12) | 61,5%  (8) | 3,467 | 0,080 |
| выражено  – 23,1% (6) | 7,7%  (1) | 38,5%  (5) |
| сопутствующие заболевания | отсутствуют –  26,9% (7) | 46,2%  (6) | 7,7%  (1) | 4,887 | 0,037 |
| имеются –  73,1% (19) | 53,8%  (7) | 92,3%  (12) |

Группа «сниженный иммунный статус» в сравнении с группой «нормальный иммунный статус» характеризовалась: меньшей частотой встречаемости продолжительного непрерывного приема АРВТ (30,8% против 61,5%), большей частотой встречаемости выраженного состояния безнадежности (38,5% против 7,7%), большей частотой встречаемости сопутствующих заболеваний (92,3% против 53,8%).

При анализе полученных статистических данных *на уровне тенденции (p = 0,062)* в группе сравнения (n = 31) по уровню воспринимаемой социальной поддержки (низкий – 22,6% (7) / высокий – 77,4% (24)) была выделена связь уровня воспринимаемой социальной поддержки с выраженностью чувства неприкаянности (см. табл. 9).

*На уровне статистической значимости р = 0,033* (*р < 0,05)* в группе сравнения (n = 31) по уровню воспринимаемой социальной поддержки (низкий – 22,6% (7) / высокий – 77,4% (24)) были выделены связи уровня воспринимаемой социальной поддержки со следующими социально-демографическими и личностными психологическими переменными (по возрастанию уровня значимости): с видом режима наблюдения в Центре СПИД, с выраженностью ограничения ощущения силы и энергии в процессе повседневного функционирования (рис. 6).

Таблица 9

**Сводная комбинационная таблица сопряженности в группе сравнения по уровню воспринимаемой социальной поддержки, % (абс.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социально-демографические и**  **психологические**  **переменные:** | **Качественные и**  **количественные (%) характеристики**  **переменной по выборке (N = 31):** | **Количественныйпоказатель в % (чел.) для группы сравнения** | | **Хи-квадрат:** | **Уровень значимости:** |
| **Низкий уровень:**  **(7)** | **Высокийуровень:**  **(24)** |
| чувство неприкаянности (по опр. «личностных состояний» Джерсайлда) | не выражено –  83,9% (26) | 57,1%  (4) | 91,7%  (22) | 4,775 | 0,062 |
| выражено –  16,1% (5) | 42,9%  (3) | 8,3%  (2) |
| режим  наблюдения в  Центре СПИД | амбулаторно –  48,4% (15) | 85,7%  (6) | 37,5%  (9) | 5,044 | 0,033 |
| стационарно –  51,6% (16) | 14,3%  (1) | 62,5%  (15) |
| ограничение ощущения силы и энергии (по опр. Сердюка «самооценка соц. знач. болезни») | не выражено –  48,4% (15) | 85,7%  (6) | 37,5%  (9) | 5,044 | 0,033 |
| выражено –  51,6% (16) | 14,3%  (1) | 62,5%  (15) |

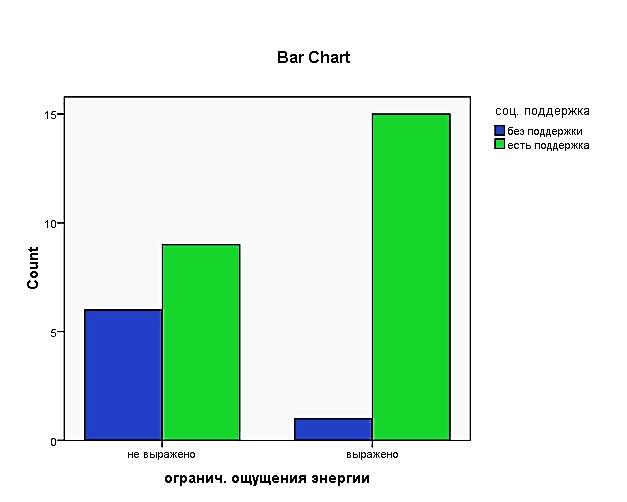


Рис. 6. Столбчатая диаграмма частотного распределения степени

выраженности накладываемого болезнью ограничения ощущения силы и энергии в группе сравнения пациентов по уровню воспринимаемой

социальной поддержки (абс.)

Группа «низкий уровень социальной поддержки» в сравнении с группой «высокий уровень социальной поддержки» характеризовалась: большей частотой встречаемости выраженного чувства неприкаянности (42,9% против 8,3%), меньшей частотой случаев стационарного режима наблюдения в Центре СПИД (14,3% против 62,5%), меньшей частотой встречаемости выраженного ограничения ощущения силы и энергии в повседневном функционировании (14,3% против 62,5%).

**4. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

На основе оценки гендерных, возрастных, поведенческих и личностных показателей, с учетом трудностей психологической адаптации к непрерывному длительному лечению, возникающих в процессе диспансерного наблюдения, нами был изучен и описан ряд социально-психологических переменных, характеризующий ресурс личностного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов, положительно или отрицательно влияющий на устойчивость механизмов саморегуляции личности и ее поведения в условиях хронической болезни, требующей непрерывного длительного медикаментозного лечения.

Проведенное исследование показало, что пациенты, находящиеся на амбулаторном режиме наблюдения в Центре СПИД, имеют более высокие показатели социального функционирования в сравнении с пациентами, находящимися на стационарном наблюдении Центра СПИД в клинике им. проф. Виноградовой Е.Н..

Полученные данные по социально-демографической переменной «приблизительный возраст на момент инфицирования» (из анкеты) позволяют предположить, что лица инфицированные ВИЧ в более зрелом возрасте (после 28,1 лет) впоследствии чаще проходят лечение на стационарном отделении «Центра СПИД» (62,5%), чем инфицированные ВИЧ в более молодом возрасте (до 28,1 лет), где доля пациентов, наблюдающихся на стационаре, составляет 37,5%. Это может быть связано как с осложнениями течения и лечения ВИЧ-инфекции в зрелом возрасте, так и с особенностями и негативными факторами жизненного стиля более старших пациентов.

Полученные данные по переменной «динамика вирусной нагрузки в период АРВ-терапии» (из медицинских карт пациентов) позволяют предположить, что ВИЧ-инфицированным пациентам, находящимся на амбулаторном наблюдении, при помощи АРВ-терапии чаще удается наиболее эффективно контролировать снижение уровня вирусной нагрузки (в 93,3% случаев) по сравнению с пациентами, находящимися на стационарном наблюдении, у которых вирусная нагрузка в процессе АРВ-терапии эффективно снижается в 68,8% случаев. Это может быть связано с критическим физиологическим состоянием организма и иммунной системы, предшествующим началу АРВТ, а также с уровнем устойчивости непрерывной АРВТ в анамнезе длительного лечения пациентов, в частности, с неоднократной заменой препаратов АРВТ ранее, по причине развития лекарственной устойчивости ВИЧ.

Полученные данные по психологической переменной «межличностная интолерантность к неопределенности» (из опросника «Новый опросник толерантности к неопределенности» Т.В. Корниловой) позволяют сделать предположение о том, что пациенты, находящиеся на стационарном наблюдении, чаще имеют высокий уровень межличностной интолерантности к неопределенности (31,3%), чем пациенты, находящиеся на амбулаторном наблюдении (6,7%). Это означает, что социальное межличностное поведение пациентов, находящихся на стационарном лечении, чаще характеризуется стремлением к ясности и контролю во взаимоотношениях с другими лицами, в том числе, и с медицинским персоналом, что соответствует критериям неустойчивости, монологичности, статичности в отношениях с другими, а также косвенно может указывать на тенденцию к ригидному поведению в целом. Ригидное поведение ведет к снижению восприимчивости новых аспектов ситуации болезни. У ригидного пациента при взаимодействии с лечащим врачом может возникать иллюзия понимания, ситуация формально может восприниматься как ясная и определенная, что приведет к построению неадекватных и поверхностных концептов. Высока вероятность того, что ригидный пациент не станет обращаться за психологической помощью, даже если она доступна и была рекомендована лечащим врачом. ВИЧ-инфицированные пациенты, находящиеся на амбулаторном наблюдении, характеризуются более высокой межличностной толерантностью, непредубежденностью, объективностью оценок и суждений, когнитивной и поведенческой гибкостью, что в свою очередь снижает вероятность возникновения межличностных конфликтных ситуаций. Во взаимодействии со своим лечащим врачом такие пациенты более восприимчивы к новым аспектам течения болезни, демонстрируют готовность принимать наличие противоречий и конфликта на когнитивном уровне, а также имеют убежденность в том, что такие противоречия разрешимы.

Полученные данные по социально-психологической переменной «ограничение карьеры» (из опросника «Самооценка социальной значимости болезни» А.И. Сердюка) предполагают наличие у ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на амбулаторном наблюдении, более сохранных адаптационных ресурсов при самооценке своих актуальных карьерных возможностей на фоне заболевания: только 20% амбулаторных пациентов – против 50% стационарных пациентов – оценили ограничения, накладываемые болезнью на сферу карьеры, как выраженные. Что может указывать на то, что пациенты, наблюдающиеся в Центре СПИД в амбулаторном режиме, склонны более высоко и позитивно оценивать свои реальные и потенциальные карьерные возможности.

С данными по самооценке социальной значимости болезни в сфере карьеры согласуются и полученные социально-демографические данные о том, что среди ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на стационарном наблюдении, безработные лица встречались в 2,57 раза чаще, чем работающие (68,8% против 26,7% – для группы пациентов, находящихся на амбулаторном лечении). Таким образом, можно сделать заключение о том, что ВИЧ-инфицированные пациенты, находящиеся на амбулаторном режиме наблюдения, не просто формально оценивают свои карьерные возможности в условиях болезни как удовлетворительные, но и фактически подтверждают свою убежденность в этом на уровне действий, сохраняя профессионально-трудовой статус (73,3% работающих лиц). Среди ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на стационарном наблюдении только 31,3% имели работу. Здесь важно отметить, что наряду с объективными причинами сложностей и страхов ВИЧ-инфицированных пациентов по реализации карьерных планов в условии хронического инфекционного заболевания с высоким уровнем общественной дискриминации, существуют также и латентные причины личностного характера, которые могут скрываться за (и даже оправдываться) объективными трудностями – например, установка на иждивенческий образ жизни. Подобное предположение, однако, требует дополнительной проверки и изучения. Отметим также, что большая частота встречаемости работающих лиц была в группе пациентов с неустойчивым медикаментозным комплаенсом по шкале Мориски-Грин (63,6% против 22,2%), что может косвенно свидетельствовать о том, что пациентам на рабочем месте становится труднее уследить за своевременным приемом необходимых лекарственных препаратов. Причинами нарушения системности приема АРВТ на рабочем месте потенциально могут явиться: загруженность работой и забывчивость по причине высокой концентрации внимания на решении поставленных трудовых задач («замотался на работе»), отключение звукового сигнала устройства напоминания (будильника) по требованию рабочей ситуации (совещание, встреча с клиентами, совершение сделки, подписание контрактов и др.), оставление необходимых препаратов (дозировок препаратов, таблетницы) дома.

Полученные данные по показателю «максимально длительный срок непрерывного приема АРВТ» (из медицинских карт пациентов) позволяют сделать заключение о том, что ВИЧ-инфицированные пациенты, находящиеся на амбулаторном наблюдении, в 60% случаев непрерывно принимают АРВТ по заданной врачом схеме более 2,68 лет, для ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на стационарном наблюдении, этот показатель в 2,4 раза ниже и составляет всего 25,0%. Что косвенно может свидетельствовать об устойчивом медикаментозном комплаенсе и сформированной установке на необходимость длительного регулярного приема АРВТ у пациентов, наблюдающихся амбулаторно, и неустойчивом медикаментозном комплаенсе у ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на стационарном наблюдении. Низкая продолжительность непрерывного приема АРВТ по одной схеме также может быть обусловлена объективной необходимостью замены терапевтической схемы в случае неудачи лечения (оценивающейся врачом по ряду клинических, вирусологических, иммунологических показателей). Следует отметить, что лекарственная устойчивость ВИЧ к АРВ-препаратам часто развивается в организме пациента не спонтанно, а индуцировано, например, в случае пропусков приема препаратов, несвоевременного, бессистемного приема препаратов, или приема неверных дозировок препаратов, а также при попытках самолечения и самостоятельного замещения предписанного препарата иным. Что отражает несформированное убеждение пациентов в действенности АРВТ и необходимости непрерывного, пожизненного приема лекарств, строго по схеме, разработанной совместно с лечащим врачом. Коррекция схемы лечения для ВИЧ-инфицированных пациентов, склонных к нарушению лекарственного режима, как правило, проводится в условиях стационара, так как физиологическое и иммунное состояние организма таких пациентов перед началом терапии в значительно мере ослаблено. Поэтому факт стационарного режима наблюдения, включая неоднократные госпитализации пациента в анамнезе, рассматривался нами как индикатор неустойчивой приверженности непрерывному длительному лечению. А регулярный амбулаторный режим наблюдения – как индикатор устойчивой, высокой приверженности непрерывному длительному лечению со сформированной установкой на здоровьесбережение и мотивацией к сохранению качества жизни в условиях хронической болезни.

Полученные данные по социально-демографической переменной «семейное положение» (из анкеты) указывают на то, что среди опрошенных ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на амбулаторном наблюдении, больше половины (53,3%) состоят в браке, среди ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на стационарном наблюдении этот показатель в 2,83 раза ниже, только 18,8% опрошенных имели супруга. Наличие (или сохранение после получения диагноза) собственной семьи в большинстве случаев благоприятно воздействует на психологическое состояние ВИЧ-инфицированных пациентов, являясь как ресурсом социальной поддержки, так и потенциально смыслообразующим фактором в формировании установки на бережное отношение к своему здоровью, а, следовательно, и неукоснительному соблюдению предписаний по терапевтическому режиму. Изучение психологических основ взаимоотношений в дискордантных и конкордантных парах ЛЖВС представляется отдельной областью психологических исследований. Отметим, что отсутствие супруга у 81,3% ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на стационарном наблюдении, с одной стороны снимает с них груз социальной и личной ответственности, с другой – способствует наращиванию социальной изоляции.

Полученные нетипичные данные по социально-психологической переменной «уровень воспринимаемой социальной поддержки» (на основании самоотчета) обращают на себя особое внимание, так как в нашем исследовании они не выступают в качестве благоприятного ресурса совладания с болезнью и укрепления приверженности лечению: у испытуемых с неустойчивой приверженностью длительному лечению, находящихся на стационарном режиме наблюдения самооценка широты социальных контактов и поддержки была статистически значимо выше, чем у испытуемых с устойчивой приверженностью длительному лечению, находящихся на амбулаторном режиме наблюдения (93,8% против 60,0%). Что может быть качественно объяснено, если предположить, что ВИЧ-инфицированные пациенты с неустойчивой приверженностью непрерывному лечению (поэтому и находящиеся на стационарном режиме наблюдения) имеют сниженную волевую регуляцию поведения и незрелый, пассивно-избегающий тип поведения на фоне актуальной, неудовлетворенной потребности в понимании, принятии, доброжелательном к себе отношении. Эта фрустрируемая потребность, в свою очередь, определяет зону наибольшей психологической уязвимости данной группы пациентов. Нуждаясь в поддержке и поощрении в стрессовых ситуациях они импульсивно ищут ее (копинг-стратегия «поиск социальной поддержки»). Учитывая тот факт, что в нашем исследовании приняли участие люди с зависимостями: 9,66% испытуемых, практикующих инъекционное потребление ПАВ в настоящий момент времени, еще 16,1% испытуемых злоупотребляющих алкоголем, из которых 75% пациентов находились на стационарном режиме наблюдения (то есть в группе пациентов, оценившей уровень получаемой социальной поддержки как высокий), то существует вероятность, что круг соупотребителей расценивается этими пациентами как ресурс социальной поддержки. Однако объективно, в рамках комплекса мероприятий по лечению ВИЧ-инфекции, таковым не является, так как оценивается специалистами в области лечения ВИЧ-инфекции как фактор неблагоприятного влияния на пациента. Поэтому пациент субъективно может оценивать уровень получаемой социальной поддержки как высокий, имея при этом минимальный уровень приверженности непрерывному длительному лечению с риском развития лекарственной устойчивости вируса, потому как получаемая им от определенного контингента людей поддержка направлена на закрепление иных паттернов поведения, чем развитие устойчивой приверженности лечению и охранительного режима для здоровья. Можно предположить, что те ВИЧ-инфицированные пациенты, для кого сохранение здоровья является ценностью и приоритетом, избирательно подходят к выбору своего социального окружения, ищут поддержки у лиц, разделяющих их убеждения. С таким предположением косвенно согласуются и полученные данные по психологическим характеристикам испытуемых в группе сравнения по уровню воспринимаемой социальной поддержки: пациенты, оценившие уровень своих социальных контактов и получаемой поддержки как высокий, парадоксально, но достоверно чаще имели большую выраженность ограничения ощущения силы и энергии в повседневном функционировании (62,5%), в то время как пациенты, оценившие уровень своих социальных контактов и получаемой поддержки как низкий (утвердительно ответившие: «справляюсь сам, так как не нуждаюсь в поддержке», «в моем окружении нет никого, к кому бы я мог обратиться за помощью»), достоверно имели низкую выраженность ограничения ощущения силы и энергии в повседневном функционировании (14,3%). Другим объяснением может являться самодостаточное поведение ВИЧ-инфицированных пациентов с устойчивой приверженностью непрерывному длительному лечению, обуславливающей их стабильное физическое состояние и нормативные показатели иммунитета, а также подавленную вирусную нагрузку. В благоприятных, бессимптомных условиях течения заболевания пациенты могут чувствовать себя здоровыми людьми, а не жертвами неизлечимой болезни, и предпочитать широко не распространяться о факте ВИЧ-инфицирования, не искать эмоциональной поддержки в силу отсутствия выраженного социального и психологического дискомфорта, причиняемого болезнью. Вопросы социально-демографической анкеты, предполагающие самоотчет пациента о широте социальных контактов и уровне воспринимаемой социально поддержки не были составлены таким образом, чтобы учесть идеологический состав групп людей, оказывающих пациенту поддержку.

Проведенное исследование также показало, что чем сильнее у ВИЧ-инфицированных пациентов выражены непродуктивные стили принятия решений в условиях неопределенности, а также факторы, отражающие общее психологическое и социальное неблагополучие, тем с большей частотой можно ожидать случаи развития неустойчивости приверженности непрерывному длительному лечению:

* выраженная стратегия избегания (по «Мельбурнскому опроснику принятия решений» Корниловой) чаще встречалась в группе пациентов с неустойчивым медикаментозным комплаенсом по шкале Мориски-Грин (45,5% против 11,1%);
* выраженное состояние безнадежности (по опр. «личностных состояний» Джерсайлда) чаще встречалось в группе пациентов с неустойчивой приверженностью непрерывному лечению (35,3% против 7,1%), а также в группе пациентов со сниженным иммунным статусом (38,5% против 7,7%);
* выраженное чувство неприкаянности (по опр. «личностных состояний» Джерсайлда) чаще встречалось в группе пациентов с низким уровнем воспринимаемой социальной поддержки (42,9% против 8,3% в группе пациентов с высоким уровнем воспринимаемой социальной поддержки);
* низкая продолжительного непрерывного приема АРВТ (менее 2,68 лет) с большей частотой встречалась в группе пациентов со сниженным иммунным статусом (69,2% против 38,5%);
* частота встречаемости сопутствующих заболеваний была значимо выше в группе пациентов с неустойчивой приверженностью непрерывному лечению (88,2% против 64,3% в группе пациентов с устойчивой приверженностью), а также в группе пациентов со сниженным иммунным статусом (92,3% против 53,8% в группе пациентов с нормальным иммунным статусом);
* частота встречаемости случаев нарушения закона и судимости в анамнезе была значимо выше в группе пациентов с неустойчивой приверженностью непрерывному лечению (52,9% против 21,4%), а также в группе пациентов с неустойчивым медикаментозным комплаенсом по шкале Мориски-Грин (50,0% против 11,1% в группе пациентов с устойчивым комплаенсом).

Полученные данные по ряду социально-психологических характеристик позволяют сделать предположение о том, что ослабленный личностный потенциал (отсутствие ресурсов для заботы о себе), будет препятствовать формированию стабильного психологического состояния и эффективной социальной адаптации ВИЧ-инфицированного пациента в условиях хронической инфекционной болезни, с учетом неравномерности ее течения. Высокие показатели социального функционирования и общего психологического благополучия на фоне течения инфекционного процесса указывают на то, что у пациентов с сохранными характеристиками личностного потенциала поведение по здоровьесбережению является осознанным и целенаправленным, с адекватной оценкой собственных действий и способностью к нешаблонному изменению образа жизни с учетом новых внешних и внутренних обстоятельств, диктуемых болезнью, в том числе, с учетом необходимости пожизненного непрерывного системного приема АРВТ.

Проведенное исследование также показало, что уровень дезадаптирующего влияния заболевания на разные сферы социального статуса и образа жизни больного будет выше у ВИЧ-инфицированных пациентов, получивших диагноз ВИЧ в более зрелом возрасте (после 28 лет), в сравнении с пациентами, получившими диагноз ВИЧ в более молодом возрасте (до 28 лет):

* частота встречаемости проявлений панических атак (по PHQ-SADS) была достоверно выше в группе пациентов, инфицированных ВИЧ в возрасте после 28,1 лет (53,3% против 25,0%);
* частота случаев стационарного режима наблюдения в Центре СПИД была достоверно выше в группе пациентов, инфицированных ВИЧ в возрасте после 28,1 лет (66,7% против 37,5%);
* выраженное ограничение ощущения силы и энергии в повседневном функционировании (по опр. Сердюка «самооценка соц. значимости болезни») чаще встречалось в группе пациентов, инфицированных ВИЧ в возрасте после 28,1 лет (66,7% против 37,5%);
* выраженное ограничение в сфере карьеры, накладываемое болезнью (по опр. Сердюка «самооценка соц. значимости болезни»), чаще встречалось в группе пациентов, инфицированных ВИЧ в возрасте после 28,1 лет (53,3% против 18,8%);
* выраженная стратегия бдительности (по «Мельбурнскому опроснику принятия решений» Корниловой) чаще встречалась в группе пациентов инфицированных ВИЧ в возрасте после 28,1 лет (86,7% против 50,0%).

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что чем более зрелый возраст был на момент инфицирования (после 28,1 лет), тем, в среднем, старше был испытуемый пациент и на момент проведения исследования. Поэтому полученные данные в этой группе сравнения скорее отражают текущее психосоциальное состояние ВИЧ-инфицированных пациентов более зрелой возрастной группы (преимущественно старше 38 лет). Чем старше возраст пациента, тем тяжелее переносятся негативные влияния ВИЧ-инфекции на организм, а также побочные эффекты АРВТ, эффективное сдерживание темпа прогрессирования ВИЧ-инфекции требует от старшей возрастной группы пациентов больших физиологических, энергетических и эмоциональных затрат ресурсов личностного потенциала, таковы закономерности развития хронического инфекционного заболевания. Обращает на себя внимание и тот факт, что в анамнезе пациентов, инфицированных ВИЧ в более зрелом возрасте (после 28,1 лет), отмечалась достоверно более низкая частота случаев употребления инъекционных ПАВ в анамнезе (13,3% против 43,8%), что косвенно может свидетельствовать в пользу преимущественно полового пути их заражения. Полученные данные по психологической переменной «бдительность» (из опросника «МОПР» Корниловой), указывают на то, что неизбежному ослаблению социального функционирования по ряду характеристик пациенты старшей возрастной группы, находящиеся, в среднем, в возрасте после 38 лет (следовательно, инфицированные ВИЧ в более зрелом возрасте после 28,1 лет) успешно противопоставляют такую рациональную и адаптивную стратегию индивидуального стиля принятия решений в условиях неопределенности, как бдительность (86,7%), что с психологической точки зрения может рассматриваться как действенный компенсаторный механизм в борьбе с неминуемыми последствиями заболевания. Так как бдительность является проблемно-фокусированной стратегией, а не эмоционально-фокусированной, и заключается в уточнении целей и задач решения, в рассмотрении альтернатив, связанных с поиском информации, ассимиляцией информации без выраженного аффективного реагирования, и в взвешенной когнитивной оценке перед выбором.

Проведенное исследование также показало, что с возрастанием длительности течения заболевания ресурсы личностного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов ослабляются, учащаются случаи развития неустойчивости медикаментозного лечения:

* устойчивый медикаментозный комплаенс достоверно реже встречался у пациентов со стажем течения ВИЧ-инфекции более 9,41 лет (8,3% против 42,1% в группе пациентов со стажем течения ВИЧ-инфекции менее 9,41 лет);
* частота встречаемости случаев употребления инъекционных ПАВ в анамнезе была достоверно выше у пациентов со стажем течения ВИЧ-инфекции более 9,41 лет (58,3% против 10,5%);
* частота встречаемости высокого уровня толерантности к неопределенности была ниже у пациентов со стажем течения ВИЧ-инфекции более 9,41 лет (8,3% против 31,6%). Это позволяет сделать предположение о том, что если сохранение стабильности какой-либо сферы жизнедеятельности социально или личностно высоко значимо для ВИЧ-инфицированного пациента, то неизбежные изменения с течением времени под воздействием болезни в значимых сферах жизни могут порождать замешательство, чувство низкой определенности и ясности ситуации, выбивая пациента из привычного ритма жизни. При низкой толерантности к неопределенности это приводит к избегающему поведению пациента или шаблонной активности, ориентированной, в том числе, и на формальное следование рекомендациям лечащего врача, без ассимиляции нового опыта в устоявшийся образ жизни, что может давать временный эффект улучшения, но не ведет к развитию устойчивой приверженности непрерывному длительному лечению. Если толерантность к неопределенности высока, вероятно, это позволит пациенту остаться восприимчивым к новым, пусть даже негативным, аспектам ситуации течения инфекционного процесса, новой информации, что приведет к конструированию им новых смысловых ориентаций, способствующих эффективному совладанию с болезнью.

Отметим, что полученные демографические данные свидетельствуют в пользу того, что пациенты со стажем течения ВИЧ-инфекции на момент исследования более 9,41 лет были инфицированы ВИЧ в возрасте младше 28,1 лет (83,3%), из них 16,7% пациентов были взяты на диспансерное наблюдение (поставлены на учет в Центре СПИД) менее 7,69 лет назад, из чего следует вывод о наличии латентного периода времени (составляющего в среднем 1,72 года) от момента инфицирования человека ВИЧ, до момента получения верифицированного диагноза и начала специфического лечения АРВ-препаратами. Что не может не актуализировать тему доступности и точности современной диагностики ВИЧ-инфекции в нормативно-правом поле системы здравоохранения и социальной защиты населения.

Проведенное исследование также показало, что в силу особенностей гендерного поведения личностный потенциал ВИЧ-инфицированных мужчин может быть ослаблен по ряду психологических характеристик в сравнении с личностным потенциалом ВИЧ-инфицированных женщин. У мужчин на фоне внешних, статистически достоверно более благоприятных факторов (меньшей частоты встречаемости продолжительных побочных эффектов (38,5% против 72,2% у женщин), большей вовлеченности в трудовую деятельность (69,2% работающих мужчин против 38,9% работающих женщин)), личностный потенциал характеризовался ослаблением внутренних, преимущественно психологических, компонентов:

* выраженный воспринимаемый материальный ущерб, причиняемый болезнью (по опр. Сердюка «самооценка соц. значимости болезни») чаще встречался у ВИЧ-инфицированных пациентов-мужчин (53,8% против 22,2% у женщин);
* выраженное состояние одиночества достоверно чаще встречалось у ВИЧ-инфицированных пациентов-мужчин (38,5% против 5,6%);
* высокий уровень межличностной интолерантности к неопределенности достоверно чаще встречался у ВИЧ-инфицированных пациентов-мужчин (46,2% против 5,6%).

Анамнез жизни мужчин статистически достоверно чаще был отягощен неблагоприятными факторами, которые в перспективе могут вести к ослаблению личностного потенциала в случае рецидивов, а, следовательно, и развитию неустойчивой приверженности длительному лечению (у мужчин выше была частота встречаемости сопутствующих заболеваний (92,3% против 66,7%), выше была частота встречаемости случаев нарушения закона и судимости а анамнезе (61,5% против 22,2%)).

Это может означать, что ВИЧ-инфицированные мужчины чаще, чем ВИЧ-инфицированные женщины прибегали в анамнезе к практикам рискованного поведения, психологически обладают большей ригидностью и меньшей требовательностью к соблюдению каких-либо правил и норм, что следует учитывать специалистам при вовлечении ВИЧ-инфицированных пациентов-мужчин в психокоррекционную работу по повышению уровня приверженности непрерывному лечению.

Проведенное нами исследование имело важное ограничение – небольшую по численности выборку пациентов (N = 31), добровольно согласившихся затратить свое личное время на безвозмездное участие в исследовании. Поэтому при анализе и интерпретации полученных качественных данных по всем восьми группам сравнения связи на уровне тенденции (p ≤ 0,100) также брались в расчет и описывались, так как мы предположили, что при дальнейшем расширении объема выборки выявленные тенденции с высокой долей вероятности перейдут в разряд достоверно значимых отличий. Для обобщения полученных данных, однако, необходимы дополнительные исследования на больших выборках.

**ВЫВОДЫ**

1. Чем сильнее у ВИЧ-инфицированных пациентов выражены непродуктивные стили принятия решений в условиях неопределенности, а также факторы, отражающие общее психологическое и социальное неблагополучие, тем с большей частотой можно ожидать случаи развития неустойчивой приверженности непрерывному длительному лечению.
2. ВИЧ-инфицированные пациенты, получающие лечение в амбулаторном режиме, имеют более высокие показатели социального функционирования в сравнении с пациентами, находящимися в стационаре.
3. В силу особенностей гендерного поведения личностный потенциал ВИЧ-инфицированных мужчин в сравнении с личностным потенциалом ВИЧ-инфицированных женщин ослаблен преимущественно по ряду внутренних, психологических характеристик на фоне благополучия внешних, социально-демографических факторов. Среди ВИЧ-инфицированных мужчин чаще встречаются лица с ригидными установками, игнорирующие общепринятые нормы и правила поведения.
4. С возрастанием длительности течения ВИЧ-инфекции ресурсы личностного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов ослабляются, снижается уровень толерантности к неопределенности, возрастает встречаемость случаев употребления инъекционных ПАВ в анамнезе, учащаются случаи развития неустойчивости медикаментозного комплаенса.
5. ВИЧ-инфицированные пациенты с неустойчивой приверженностью длительному лечению чаще избирают негативные способы реагирования в условиях жизнедеятельности с непредсказуемым и неравномерным течением инфекционного заболевания.
6. Личностными ресурсами ВИЧ-инфицированных пациентов можно считать такие качества, как: высокий уровень бдительности, высокий уровень толерантности к неопределенности, высокая устойчивость медикаментозного комплаенса.
7. Маркерами благоприятного психосоциального функционирования следует считать: длительное диспансерное наблюдение в амбулаторном режиме в Центре СПИД, длительный непрерывный прием АРВТ, нормальные показатели иммунного статуса, выраженную динамику снижения вирусной нагрузки в период АРВТ, отсутствие сопутствующих заболеваний, отсутствие судимости в анамнезе, наличие супруга, наличие работы.

Обобщая выводы по результатам проведенного исследования можно сделать заключение о том, что три из четырех выдвигаемых нами в качестве гипотез предположения подтвердились в полной мере, и одно предположение, – касательно ослабления личностного потенциала ВИЧ-инфицированных мужчин, подтвердилось частично.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Ресурсы личностного потенциала способствуют укреплению эффективного психосоциального функционирования пациента в условиях хронической болезни, а также повышению приверженности пациента непрерывному лечению, ослабление ресурсов личностного потенциала ведет к снижению устойчивости непрерывному лечению, усугублению психосоциального функционирования пациента и течения заболевания на физиологическом уровне в целом.

В зависимости от состояния личностного потенциала в общей популяции ВИЧ-инфицированных пациентов выделяются лица, неорганизованные в своей борьбе с ВИЧ-инфекцией, то есть, неприверженные лечению: склонные к нарушению режима лечения, чаще госпитализирующиеся на стационарное отделение Центра СПИД, отличающиеся неустойчивой комплаентностью, имеющие более низкие иммунологические показатели и динамику эффективности АРВТ, формально соблюдающие рекомендуемый режим по здоровьесбережению, чаще имеющие сопутствующие ВИЧ-инфекции болезненные осложнения. И лица, продолжительное время успешно контролирующие ВИЧ-инфекцию в своем организме, демонстрирующие более активную жизненную позицию, которая получает конкретную реализацию в борьбе с болезнью, то есть высоко приверженные: находящиеся на амбулаторном динамическом режиме наблюдения, длительное время принимающие АРВТ, отличающиеся устойчивым высоким медикаментозным комплаенсом, имеющие нормальные иммунологические показатели и неопределяемую вирусную нагрузку в процессе АРВТ, ответственно и осознанно относящиеся к соблюдению рекомендуемого режима лечения.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Возрастание психологических, психоэмоциональных, психофизиологических нагрузок на человека, получившего диагноз ВИЧ-инфекция, ведет и к существенному возрастанию требований к уровню личностного потенциала индивида в условиях хронической инфекционной болезни. Объем и содержание ресурсов личностного потенциала ВИЧ-инфицированного пациента определит его выбор дальнейших поведенческих стратегий, обуславливающий эффективность решения текущих и стратегических задач совладания с проблемными ситуациями, включая вероятные соматические и социальные осложнения данного инфекционного заболевания.

В контексте психотерапевтической и психокоррекционной работы по развитию и укреплению личностного потенциала ВИЧ-инфицированного пациента устойчивую приверженность длительной АРВТ можно рассматривать как показатель того, насколько глубоко пациент вошел в контакт со своими внутренними психологическими ресурсами для адаптации к жизни с ВИЧ-инфекцией; насколько успешно пациенту удалось интегрировать информацию о своем ВИЧ-положительном диагнозе в привычную ему картину мира;насколько адекватно и серьезно пациент осознал личную угрозу здоровью и сформировал убежденность поддерживать для себя наилучшее из возможного качество жизни в будущем. Человек всегда хочет быть хозяином своей жизни и здоровья, причем способность самостоятельно управлять объективной реальностью приносит ему вполне определенное позитивное переживание собственной могущественности («я могу»).

Психологическая поддержка ВИЧ-инфицированного пациента должна быть направлена во-первых на то, чтобы снизить возникающие у него негативные эмоции и когниции в отношении ВИЧ-инфекции, состояния своего здоровья, прогноза развития заболевания, АРВТ и ее системного приема. А во-вторых на то, чтобы предупредить или ослабить иррациональные способы реагирования на ситуацию болезни (отрицание, избегание, пассивность, сопротивление, уход в практики рискованного поведения, и другие негативные паттерны поведения).

Возможно, самый большой секрет развития устойчивой приверженности непрерывной АРВТ состоит в том, чтобы сделать процесс приема препаратов непроизвольным, не требующим психологического напряжения пациента там, где для выполнения текущих обязанностей используются типовые стереотипные действия. Психологу важно не наставлять пациента, преодолевая психологическое сопротивление, не директивно принуждать пациента к соблюдению рекомендаций, а быть соучастником, фасилитатором процесса постепенного формирования и укрепления убеждений пациента относительно возможностей и успешности предлагаемых изменений. Психолог должен быть для ВИЧ-инфицированного пациента источником достоверной и доступной информации о поведенческих и когнитивных навыках заботы о здоровье и снижения рисков, а не выступать непримиримым поборником здорового образа жизни.

Поддержание позитивных поведенческих изменений пациентом, стимулируемых и подкрепляемых психологом извне, постепенно переходит в самовоспитание как специфическую высшую форму саморегуляции пациентом своего поведения и деятельности, которая неотделима от соответствующего высокого уровня личности и эмоционально-ценностного отношения к себе и своему здоровью. ВИЧ-инфицированные пациенты, реально оценивающие свой личностный потенциал и обладающие хорошо развитыми навыками самоконтроля, реже испытывают стрессы. Этому способствуют: принятие здоровья как ценности и основного компонента, определяющего качество жизни, а также доведенное до уровня ритуалов выполнение основных мероприятий по приему АРВТ. В условиях непредсказуемого изменения состояния здоровья по мере развития инфекционного процесса у таких пациентов останется большой когнитивный резерв для оптимизации процессов адаптивного реагирования и самодисциплины, который позволит мобилизоваться и оперативно выйти из-под воздействия экстремальных факторов болезни.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998. 272 с.
2. Авдеева Н.Н., Ашмарин И.И., Степанова Г.Б. Здоровье как ценность и предмет научного знания // Многомерный образ человека. М.: 2001. С. 21-28.
3. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д. Методы оценки, контроля и повышения приверженности терапии // Методические рекомендации. М.: ФГБУ РКНПК Минздрава России, 2013. 55 с.
4. Ада Г., Рамсей А. Вакцины, вакцинация и иммунный ответ. М.: Медицина, 2002. 104 с.
5. Адлер М. Азбука СПИДа. М.: Мир, 1991. 76 с.
6. Акулова М.В. Методы оценки, контроля и повышения приверженности антиретровирусной терапии // Методическое пособие для медицинских специалистов по вопросам приверженности пациентов с ВИЧ-инфекцией АРВ терапии. М.: Фонд развития МСП, 2016. 70 с.
7. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе: учебное пособие для врачей и психологов. СПб: Речь, 2010. 191 с.
8. Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства. Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. 234 с.
9. Алимов А.В., Новоселов А.В., Смирнов Г.В. Приоритетные задачи эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в условиях генерализованной стадии эпидемии в Уральском федеральном округе // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. Екатеринбург: 2016. Т.2. №3(14). С. 12-18.
10. ВИЧ-инфекция и беременность / Барановская Е.И., Жаворонок С.В., Теслова О.А., Воронецкий А.Н., Громыко Н.Л. Минск: 2011. 201 с.
11. Баринова А.Н. Понятие о группах риска инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ-инфекции (обзор литературы) [Электронный ресурс] // СПб.: 2012. С. 33-39. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/ponyatie-o-gruppah-riska-infektsiy-peredayuschihsya-polovym-putem-i-vich-infektsii-obzor-literatury> (дата обращения: 17.12.2018).
12. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: Р.Валент, 2010. 490 с.
13. Белозеров Е.С., Джасыбаева Т.С. Социально-экологические аспекты здоровья человека. Алма-Ата: Наука, 1993. 220 с.
14. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция: 2-ое издание. СПб.: Питер, 2003. 363 с.
15. Беляева В.В. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции: практическое руководство для студентов, врачей-интернов, клинических ординаторов и врачей всех специальностей. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 192 с.
16. Беляева В.В. Консультирование по вопросам приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции // Методический материал. М.: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава России, 2006. 74 с.
17. Беляева В.В., Коннов В.В., Козырина Н.В. Базовые определения процесса формирования приверженности лечению ВИЧ-инфекции: результаты опросов специалистов и пациентов // Инфекционные болезни. М.: Династия, 2014. Т.12. №2. С. 90-183.
18. Беляева В.В., Кравченко А.В. Приверженность высокоактивной противоретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции: пособие для врачей. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2004. 52 с.
19. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции: пособие для врачей различных специальностей. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2003. 77 с.
20. Беляева В.В., Ручкина Е.В. Особенности психического состояния лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в процессе социально-психологической адаптации // Советская медицина. М.: 1991. №2. С. 80-82.
21. Беляева В.В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ // Эпидемиология и инфекционные болезни. М.: Медицина, 1998. №5. С. 27-29.
22. Беляева В.В. Терминальная стадия ВИЧ-инфекции: психологические аспекты проблемы // Эпидемиология и инфекционные болезни. М.: Медицина, 1997. №6. С. 29-31.
23. Беляков H.A., Виноградова Т.Н., Давыдова A.A. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2011. Т.3. №4. С. 7-17.
24. Беляков H.A., Левина О.С., Рыбников В.Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2013. Т.5. №1. С. 7-33.
25. Беляков Н.А. ВИЧ-медико-социальная помощь: руководство для специалистов. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 356 с.
26. Беляков Н.А., Рассохин В.В. ВИЧ и психическое здоровье // Медицинский тематический архив. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. 142 с.
27. Беляков Н.А., Рахманова А.Г. Вирус иммунодефицита человека – медицина. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 656 с.
28. Беляков Н.А., Рахманова А.Г. ВИЧ/СПИД сегодня и рядом: пособие для людей, принимающих решения. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. 110 с.
29. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
30. Бикмухаметов Д.А., Анохин В.А., Хасанова Г.Р. Антиретровирусная терапия: вопросы приверженности лечению // Инфекционные болезни. М.: Династия, 2007. №2. С. 48-56.
31. Бобкова М.Р. Иммунитет и ВИЧ-инфекция. М.: Олимпия Пресс, 2006. 240 с.
32. Бовина И.Б. Представления о здоровье и болезни в молодежной среде // Вопросы психологии. М.: Педагогика, 2005. №3. С. 90-97.
33. Бовина И.Б., Власова Е.В. Особенности представлений молодежи о СПИДе и раке // Мир психологии. М.: МПСУ, 2002. №3. С. 35-47.
34. Бородкина О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания: типология, динамика, реабилитация: Автореф. дис. ... докт. мед.наук. Кемерово, 2005. 23 с.
35. Бородкина О.И. Социальный контекст эпидемии ВИЧ/СПИДа в Росии // Журнал исследований социальной политики. М.: НИУ ВШЭ, 2008. Т.6. №2. С. 151-176.
36. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка. М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. 376 с.
37. Букринский М.И. Строение генома и экспрессия генов вируса иммунодефицита человека (обзор иностранной литературы) // Вопросы вирусологии. М.: 1987. Т.32. №6. С. 649-656.
38. Валеева A.M., Мухаметова Р.Н., Синюшина H.H. Патопсихологическое исследование и сравнение состояния аффективной сферы в двух гендерных группах ВИЧ-инфицированных больных // ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2010. Т.2. №3. С. 82–87.
39. Валиева Т.В., Ельцова А.В. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных и здоровых людей // Вестник Уральского института экономики, управления и права. Екатеринбург: 2016. №3. С. 59-69.
40. Васильева А.В. К вопросу изучения личностного потенциала, его структуры и роли // Человек и образование. СПб.: 2016. №2(47). С.128-133.
41. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал. М.: Наука, 1995. Т.16. №3. С. 90–101.
42. Великолуг А.Н. Психотерапевтические тенденции и аспекты реабилитации и паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным: Дис. докт. мед.наук. Архангельск, 2000. 112 с.
43. Виндекер О.С., Клименских М.В. Психометрические грани антихрупкости: толерантность к неопределенности, жизнестойкость и рост // Российский психологический журнал. М.: РПО, 2016. Т.13. №3. С. 107-122.
44. Воронин Р.М. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных. [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн., 2014. № 3(6). – URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=98> (дата обращения: 17.12.2018).
45. Воронин Р.М., Датий А.В., Юсуфов Р.Ш. Уголовно-исполнительная характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных женщин // Уголовно-исполнительное право. Рязань: Акад. ФСИН России, 2012. №2. С. 79-80.
46. Депрессия и нервно-психическая адаптация на разных стадиях ВИЧ-инфекции / Воронин Е.Е, Фомин Ю.А, Костин Д.В, Улюкин И.М. // Русский Журнал. СПб.: 1999. №1. С. 132-133.
47. Вотинцева Т.С., Петренко В.Р. Взаимосвязь уровня толерантности к неопределенности и психологического благополучия личности // Педагогика и психология образования. М.: МПГУ, 2016. №4. С. 3–22.
48. Гранитов В.М. ВИЧ-инфекция. СПИД, СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии. Н. Новгород: Медицинская книга, 2003. 124 с.
49. Гречаный С.В., Егоров А.Ю. Поведенческие аспекты ВИЧ-инфицирования у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ // Неврологический вестник (Журнал Им. В.М. Бехтерева). Казань: 2013. Т. 45. №4. С. 53-61.
50. Гречаный С.В.. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных подростков с зависимостью от психоактивных веществ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2012. Т.4. № 3. С. 35-41.
51. Гришина Ю.Ю., Кухтевич Е.В., Мартынов Ю.В. ВИЧ-инфекция: оценка эпидемиологической ситуации на основе интегрального показателя // Здоровье населения и среда обитания (ЗНиСО). М.: ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора, 2011. №8(221). С.16-19.
52. Гузенкова Т.С., Петровская И.А., Николайчук О.В. Противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД: глобальные тренды и национальная безопасность России // Аналитический доклад. М.: Российский институт стратегических исследований, 2015. 71 с.
53. Датий А.В., Тенета Е.Л. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных в учреждениях ФСИН России // Закон и право. М.: Юнити-Дана, 2006. №12. С. 40-41.
54. Датий А.В. Характеристика ВИЧ-инфицированных, осужденных к лишению свободы (по материалам специальной переписи 2009 г.) // Прикладная юридическая психология. М.: б.и., 2014. №1. С. 100-107.
55. Дик, П.В. Психологические концепции риска и рискованного поведения // Философия и социальные науки. Минск: 2008. №3. С. 63-69.
56. Клиника, диагностика и лечение ко-инфекции: ВИЧ-туберкулез: учебно-методическое пособие для студентов 6 курса лечебного факультета по специальности «Фтизиопульмонология» / Добин В.Л., Оськин Д.Н., Прилуцкий А.А., Гринюк И.Л. Рязань: РИО Ряз ГМУ, 2012. 66 с.
57. Долгушин И.И., Гизингер О.А., Шишкова Ю.С. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, лабораторная диагностика: учебно-методическое пособие для студентов. Челябинск, 2014. 112 с.
58. Евстигнеев И.В. Лабораторные методы диагностики острой, ранней и текущей ВИЧ-инфекции // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. М.: 2012. №4. С. 34-40.
59. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты: справочник. М.: Медицина, 1998. 187 с.
60. Жданова Т.Н. Влияние социальных факторов на психическое здоровье (на примере лиц с психическими расстройствами) // Вестник СПбГУ. СПб.: 2013. Т.12. №2. С.144-150.
61. Жужгова И.В. Клинико-эиидемиологическая и социально-психологическая характеристика ВИЧ-инфекции в сочетании с гемоконтактными гепатитами и наркоманией: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. СПб., 2006. 23 с.
62. Медико-психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных пациентов / Жужгова И.В., Васильева Т.В., Островский Д.В., Исаева Г.Н. // Методические рекомендации. СПб.: РЕЧЬ, 2006. 74 с.
63. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России: психологические составляющие. М.: Смысл, 2009. 319 с.
64. Зинченко А.И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 24 с.
65. Зинченко А.И. Сравнение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных с разным уровнем иммунитета // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. СПб.: 2008. Т.35. №76. С. 107-113.
66. Змушко Е.И., Белозеров Е.С. Медикаментозные осложнения. СПб.: Питер, 2001. 448 с.
67. Золотовская И.А., Повереннова И.Е. Аффективные нарушения (депрессия/тревога) в неврологической практике. Самара: Универс-групп, 2005. 159 с.
68. Зотова Е.Ю. Современные исследования толерантности к неопределенности в зарубежной психологии // Вестник НГУ. Новосибирск: 2009. Т.3. №1. С. 147-155.
69. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности ВИЧ-инфицированных: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. 125 с.
70. Илюк Р.Д., Шишикова А.М. Мотивационные и когнитивно-поведенческие вмешательства в реабилитации ВИЧ инфицированных потребителей опиатных наркотиков с коморбидными психическими расстройствами // Методические рекомендации СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб.: 2012. 56 с.
71. Исаев Д.Д., Веретенникова А.И. Психологическое состояние ВИЧ-инфицированных как предиктор прогресса болезни // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2006» [под ред. Л.А.Цветковой]. СПб.: изд-во СПбГУ, 2006. С. 369-380.
72. Казеннова Е.В., Бобков А.Ф. Подтипы вируса иммунодефицита человека 1 типа: классификация, происхождение и распространение в Европе // Журнал микробиологии. М.: изд-во Института микробиологии РАН, 2003. №1. С. 90-96.
73. Касатова Е.Н., Дрягалова Е.А. Личностный потенциал человека как условие развития профессионально значимых качеств // Статья в сборнике трудов конференции [под ред. И.С. Соболь, Н.Д. Жилиной]. Н. Новгород: изд-во ННГАСУ, 2016. С. 28-32.
74. Койчуев А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии // Медицинский вестник Северного Кавказа. Ставрополь: 2013. Т.8. №3. С. 65-69.
75. Личностные особенности и поддержание непрерывности лечения у ВИЧ-инфицированных пациентов / Кольцова О.В., Сафонова П.В., Рыбников В.Ю., Штерн М.А. // Вестник СПбГУ. СПб.: 2013. Т.16. №4. С. 4-14.
76. Корнеева Г.К. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы: Автореф. дис. ... канд. психолог.наук. Рязань, 2004. 22 с.
77. Корнилова Т.В. Ригидность, толерантность к неопределенности и креативность в системе интеллектуально-личностного потенциала человека // Вестник Московского университета. М.: 2013. Т.14. №4. С. 36-47.
78. Корнилова Т.В. Толерантность к неопределенности и эмоциональный интеллект при принятии решений в условиях подсказки // Психология. Журнал Высшей школы экономики. М.: 2014. Т.11. №4. С. 19-36.
79. Корнилова Т.В. Введение в психологический эксперимент. М.: МГУ-ЧеРо, 2001. 256 с.
80. Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений // Психологические исследования. М.: АСПЕКТ, 2013. Т.6. №31. С. 1-12.
81. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. М.: ИП РАН, 2010. Т.30. №6. C.74-86.
82. «Клинические протоколы ВОЗ по противоретровирусной терапии больных ВИЧ-инфекцией для европейского региона» [Электронный ресурс] // WHO, 2017. URL: <http://www.euro.who.int/en/publications/request-forms> (дата обращения 17.12.2018).
83. Кравченко А.В. Комбинированная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. М.: Медицина, 2001. №1. С. 59-62.
84. Кригер Е.Э. Типы ситуаций неопределенности в профессиональной деятельности педагога // Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). Томск: 2014. №1 (142). С. 9-12.
85. Кудрич Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных людей // Современные исследования социальных проблем. М.: 2015. Т.55. №11. С. 13-22.
86. Лаврик А.В. Личностные ресурсы как интегральная характеристика личности // Гуманизация образования. М.: НИИ ППО РАО, 2014. №1. С. 23-35.
87. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2015 г. / Ладная Н.Н., Покровский В.В., Дементьева Л.А., Симашев Т.И., Липина Е.С., Юрин О.Г. // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции» [под ред. А.А. Мерзляковой]. СПб.: Человек и его здоровье, 2016. 336 с.
88. Ланга А.П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных: Дис. канд. психол. наук. Ростов-На-Дону, 2006. 216 с.
89. Лапин Н.П. Личность и лекарство: введение в психологию фармакотерапии. СПб.: Деан, 2001. 415 с.
90. Латышева И.Б., Воронин Е.Е. ВИЧ-инфекция у женщин в РФ // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции» [под ред. А.А. Мерзляковой]. СПб.: Человек и его здоровье, 2016. 336 с.
91. Леви Дж. Э. ВИЧ и патогенез СПИДа / пер. с англ. Е.А. Монастырской. М: Научный Мир, 2010. 736 с.
92. Влияние наркопотребления на обращаемость за лечением ВИЧ-инфекции в Cанкт-Петербурге и Оренбурге / Левина О.С., Яковлева А.А., Одинокова В.А., Гурвич И.Н. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2010. Т.2. №1. С. 78-86.
93. Леонова О.Н., Степанова Е.В., Беляков Н.А. Тяжелые и коморбидные состояния у больных с ВИЧ-инфекцией: анализ неблагоприятных исходов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2017. Т.9. №1. С. 55-64.
94. Личностный потенциал: структура и диагностика / Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж., Александрова Л.А., Васильев И.А., Гордеева Т.О., Гусев А.И., Дергачева О.Е., Иванченко Г.В., Калитеевская Е.Р., Курганская М.В., Лебедева А.А., Мандрикова Е.Ю., Митина О.В., Осин Е.Н., Плотникова А.В., Рассказова Е.И., Фам А.Х., Шапкин С.А. [под ред. Д.А. Леонтьева]. М.: Смысл, 2011. 680 с.
95. Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж. Феномен рефлексии в контексте проблемы саморегуляции // Психологические исследования. М.: АСПЕКТ, 2011. Т.16. №2. С. 20-34.
96. Леонтьев Д.А. Психология смысла. М.: Смысл, 2003. 488 с.
97. Либман Г., Макадон X. Дж. ВИЧ-инфекция / пер. с англ. А.И. Мазуса, Т.П. Бессараба. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 560 с.
98. Ликкен Д. Психонейроиммунология. СПб.: Питер, 2003. 699 с.
99. Краткий справочник по терапии ВИЧ/СПИД / Лобзин Ю.В., Волжанин В.М., Буланьков Ю.И., Фомин Ю.А. СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2005. 144 с.
100. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии (РФК). М.: ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России, 2016. №12(1). С. 63-65.
101. Лутова Н.Б. Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств // Методические рекомендации. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб.: 2012. 23 с.
102. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания / Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М. М.: ТОО «Рарогъ», 1996. 624 с.
103. Любаева Е.В., Ениколопов С.Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консультативная психология и психотерапия. М.: 2011. №2. C. 111-127.
104. Любаева Е.В., Ениколопов С.Н., Кравченко А.В. Качество жизни и индивидуальные психологические особенности личности пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом // Эпидемиология и инфекционные болезни. М.: Медицина, 2008. №3. С. 38–42.
105. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб.: Питер, 2016. 592 с.
106. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 992. с.
107. Малый В.П. ВИЧ. СПИД. Новейший медицинский справочник. М.: Эксмо, 2009. 672 с.
108. Мандрикова Е. Ю. Автономная каузальная ориентация как составляющая личностного потенциала сотрудников // Альманах современной науки и образования. Тамбов: ГРАМОТА, 2010. №12. С.135-138.
109. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Сентябрь, 2001. 259 с.
110. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2008. 352 с.
111. Матушанская А.Г., Алишев Б.С. Толерантность к неопределенности и смежные психологические конструкты // Ученые записки Казанского Университета. Казань: 2011. Т.153. №5. С. 82-85.
112. Митин Ю.А. Иммунологические аспекты патогенеза и диагностики ВИЧ-инфекции: Автореф. дис. … докт. мед.наук. СПб., 1997. 40 с.
113. Москвичева М.Г., Кытманова Л.Ю., Дегтярёв А.А. Организация работы по формированию и сохранению приверженности диспансерному наблюдению и лечению при ВИЧ-инфекции. Челябинск: изд-во Южно-Уральского государственного медицинского университета, 2014. 93 с.
114. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов // Психологический журнал. М.: Наука, 2000. Т.21. № 4. С. 5-21.
115. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных больных / Мурыванова Н.Н., Горбунов В.И., Ткаченко Т.Н., Буланьков Ю.И., Улюкин И.М. // Журнал инфектологии. СПб.: 2015. Т.7. №2. С. 70-74.
116. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии). Ереван: изд-во АН Армянской ССР, 1988. 196 с.
117. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. Распространённость и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных С.-Петербурга // Психические расстройства в общей медицине. М.: Медиа Медика, 2007. Т.2. №2. С. 65-69.
118. Никифорова Г.С. Психология здоровья. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
119. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во МГУ, 1987. 168 с.
120. Новиков А.И., Редькин Ю.В., Долгих Т.И. Оппортунистические инфекции: эпидемиологические, иммунологические аспекты и качество жизни // Гинекология. М.: 2004. Т.6. №4. С. 3-9.
121. Новохацки А.В. Особенности переживания применения антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных // Вестник ЮУрГУ. Челябинск: 2009. №42. С. 62-68.
122. Олейник А.Ф., Фазылов В.Х. Значение коморбидности при ВИЧ-инфекции // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. М.: 2017. №1. С. 101-108.
123. Осницкий А.В. Проблемы психического здоровья и адаптации личности. СПб.: Серебряный век, 2004. 384 с.
124. Очилов У.У., Астаев Р.Б., Тураев Т.М. Влияние ВИЧ-инфекции на социальное положение больных употребляющих психоактивные вещества [Электронный ресурс] // InternationalScientificandPracticalConference “WORLD SCIENCE” 2016. Vol.2. №4(8). Р. 65-67. URL: <http://archive.ws-conference.com/category/ws2016-april/> (дата обращения 17.12.2018).
125. Медико-социальный портрет больных с хроническими гепатитами и ВИЧ-инфекцией / Пантелеева О.В., Рассохин В.В., Романова С.Ю., Федоров П.Н., Минин П.В., Колпащикова Е.Ю. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2011. Т.3. №1. С. 72-75.
126. Петрова Н.И. Толерантность самоактуализирующейся личности // Ежегодник Российского психологического общества. М.:2013.Т.9. №4. С.254-159.
127. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. М.: ТОО «Горбунок», 1992. 145 с.
128. Сексуальное поведение ВИЧ-инфицированных лиц группы риска. Необходимость дельнейшего усиления профилактической работы / Плавинский С.Л., Баринова А.Н., Бобрик А.В., К. М. Ерошина К.М., Новожилов А.В.// ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2009. Т.1. № 1. С. 102-108.
129. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД // Клинические рекомендации: 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 112 с.
130. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №36. М.: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2012. 51 с.
131. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1008 с.
132. Польская Н.А. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и толерантности к неопределенности в группе ВИЧ-инфицированных осужденных // Известия Саратовского университета. Саратов: 2013. Т.13. №4. С. 75-79.
133. Полянский Д.А., Калинин В.В. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных // Социальная и клиническая психиатрия. М.: 2010. №4. С. 135-141.
134. Прохоров  А.О. [Методики диагностики и измерения психических состояний личности](http://www.ozon.ru/context/detail/id/2191868/?partner=bookez) М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.
135. Практические рекомендации по коррекции иммуно-опосредованных нежелательных явлений [Электронный ресурс] / Проценко С.А., Антимоник Н.Ю., Берштейн Л.М., Новик А.В., Носов Д.А., Петен­ко Н.Н., Семенова А.И., Чубенко В.А., Юдин Д.И. // RUSSCO, 2017. Т.7. №3-S2. С. 592-620. URL: // <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2017/recoms2017_49.pdf> (дата обращения 17.12.2018).
136. Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием //Психология. Журнал Высшей школы экономики. М.: 2015. Т.12. №1. С. 105-130.
137. ВИЧ-инфекция / Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. СПб.: Двадцать первый век, 2004. 696 с.
138. Анализ летальных исходов при ВИЧ-инфекции / Рахманова А.Г., Яковлев А.А., Дмитриева М.И., Виноградова Т.Н., Козлов А.А. // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. СПб.: 1997. С.112-113.
139. Рейковский Я. Психические состояния. СПб: Питер, 2000. 288 с.
140. Рехтина Н.В. Дифференциация факторов и условий качества жизни в контексте распространения социально-обусловленных заболеваний (на примере исследования ВИЧ-положительных) // Известия Алтайского государственного университета. Барнаул: 2010. Т.2. №2(66). С. 223-226.
141. Розенберг В.Я., Плотникова Ю.К., Воронин Е.Е. Анализ смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией на примере региона с высокой распространенностью инфекции // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. М.: Нумиком, 2018. №1(98). С. 40-46.
142. Ройт А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология. М.: Мир, 2000. 592 с.
143. Ротенберг B.C., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984. 192 с.
144. Сирота Н.А., Ющук Н.Д., Федяева О.Н. Проблема низкой приверженности АРВТ у больных ВИЧ-инфекцией и способы их выявления [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика, 2014. №3(5). 10 с. URL: // <http://www.medpsy.ru/climp/journal/journal.php> (дата обращения 17.12.2018).
145. Скрипкина Т.П. Доверие людей в процессе общения // Эмоциональные познавательные характеристики общения. Ростов-на-Дону: 1990. 176 с.
146. Смольская Т.Т., Лещинская Н.П., Шилова Э.А. Серологическая диагностика ВИЧ - инфекции. СПб.: НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, 1992. 80 с.
147. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: изд-во МГУ, 1989. 216 с.
148. «Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в первом полугодии 2018 года» [Электронный ресурс] // ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИД ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. URL: [http://rospotrebnadzor.ru](http://rospotrebnadzor.ru/) (дата обращения 17.12.2018).
149. Станько Э.П., Игумнов С.А. Анализ факторов, влияющих на приверженность к лечению уВИЧ-позитивных наркозависимых пациентов // Медицинский вестник Юга России. Ростов-на-Дону: изд-во РостГМУ, 2013. №3. С. 78-85.
150. Степаносова О.В., Корнилова Т.В. Мотивация и интуиция в регуляции вербальных прогнозов при принятии решений // Психологический журнал. М.: Наука, 2006. Т.7. №2. С. 60-68.
151. Султанов Л.В., Демьяненко Э.Р. «Снижение вреда», как один из эффективных компонентов комплексной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Алтайский край. Барнаул: АКОО «Анти-СПИД-Сибирь», 2010. 68 с.
152. Супоницкий М.В. Эволюционная патология. К вопросу о месте ВИЧ инфекции и ВИЧ/СПИД пандемии среди других инфекционных, эпидемических и пандемических процессов. М.: 2009. 400 с.
153. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе / Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А.Я. Ростов-на-Дону: ГБОУ ВПО РОСТГМУ Минздравсоцразвития России, 2015. 354с.
154. Терехина Л.А., Рымашевский А.Н., Опруженков А.В. Особенности иммунного статуса ВИЧ-позитивных женщин во время беременности и после родов // Мать и дитя: материалы IX всероссийского научного форума [под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской]. М.: ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», 2007. 259 с.
155. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. СПб., 2003, 23 с.
156. Улюкин И.М. Нервно-психическая устойчивость больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб.: 2009. Т.1. №1. С. 37-43.
157. Улюкин И.М. Особенности психической адаптации больных ВИЧинфекцией молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. СПб., 2000. 23 с.
158. Фатхи О.Г. Доверие как фактор повышения адаптационных возможностей в экстремальных ситуациях: Дис. ... канд. психол. наук. Ростов-на-Дону, 2003. 203 с.
159. Фаучи Э., Лэйн К. ВИЧ-инфекция и СПИД // В кн.: Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону / пер. с англ. H.H. Алипова, Е.Р. Тимофеевой. М.: Практика, 2002. 80 с.
160. Федяева О.Н., Сирота Н.А. Факторы риска неприверженности антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией и способы их выявления // Медицинский совет. М.: 2014. №7. С. 77-80.
161. Кластерный принцип определения ключевых факторов приверженности больных ВИЧ-инфекцией к антиретровирусной терапии / Федяева О.Н., Ющук Н.Д., Сирота Н.А., Балмасова И.П. // Психическое здоровье. М: 2014. №8. С. 43-49.
162. Фейфел Г. Смерть релевантная переменная в психологии // Экзистенциальная психология. Экзистенция. М.: Апрель Пресс, изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. С. 49-58.
163. Хаитов Р.М. СПИД. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 672 с.
164. Хоффман К., Рокстро Ю.К., Кампс Б.С. Лечение ВИЧ-инфекции. М.: Р.Валент, 2005. 736 с.
165. Чагова М.А. История и современное развитие проблемы толерантности к неопределенности в психологической науке [Электронный ресурс] // «PEM: Psychology. Educology. Medicine», 2014. No1. URL: <http://pem.esrae.ru/> (датаобращения 17.12.2018).
166. Чумаков Е.М. Качество жизни пациентов с психическими нарушениями, возникающими при заражении сифилисом и ВИЧ // Фундаментальная наука и клиническая медицина. СПб.: 2014. Т.17. С. 501-502.
167. Чумаков Е.М. Психические расстройства и личностные особенности у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. СПб., 2016. 21 с.
168. ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы исследований и превенции / Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочилов Р.В., Батлук Ю.В, Покровский В.В., Юрин О.Г. СПб.: изд-во СПбГУ, 2012. 104 с.
169. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб.: Скифия-принт, 2015. 694 с.
170. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований // Вестник СПбГУ. СПб.: 2014. Т.3. №12. С. 5-16.
171. Юрин О.Г., Ефремова О.С. Европейские и американские рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции // Медицинский совет. М.: ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 2017. №4. С. 67-72.
172. Юртаева М.Н. Исследование когнитивных и личностных особенностей толерантности к неопределенности // Образование и наука. Екатеринбург: 2010. №8(76). С.71-79.
173. Юртаева М.Н. Толерантность к неопределенности и предпочтения в обработке информации // Ученые записки кафедры теоретической и экспериментальной психологии Российского государственного профессионально-педагогического университета [Н.С. Глуханюк, О.В. Боголюбовой]. Екатеринбург: 2011. №3. С. 26-38.
174. Ющук Н.Д., Федяева О.Н., Сирота Н.А. Стратегии оценки приверженности к антиретровирусной терапии пациентов с ВИЧ-инфекцией // Клиническая медицина. М.: 2016. Т.94. №1. С. 42-47.
175. «Global AIDS Monitoring 2018: Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS» [Электронныйресурс] // UNAIDS, 2017. URL: http:// [www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf) (дата обращения 17.12.2018).
176. «Global AIDS Monitoring 2014: Indicators for monitoring the 2013 United Nations Political Declaration on Ending AIDS» [Электронныйресурс] // UNAIDS, 2013. URL: <http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2013/20130923_UNAIDS_Global_Report_2013> (дата обращения 17.12.2018).
177. Benner J., Glynn R., Neumann P., Weinstein M. Longterm persistence in use of // Journal of the American Medical Association, 2002. No 288. P. 455–461.
178. Chesney M.A. et. al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments //AIDS Care, 2000. Vol.12. Nо3. P. 255-266.
179. Dunbar P.J. et al. A Two-way messaging system to enhance antiretroviral adherence / P. J. Dunbar et al. // Journal of the American Medical Informatics Association, 2003.Vol.10. Nol. P. 15-23.
180. Frank I. Once-Daily HAART: Toward a New Treatment Paradigm.//JAIDS, 2002. Vol.31. P. 10-15.
181. Hanna G.J., D'Aquila R.T. Antiretrovral drug resistance in HIV-l / G. J. Hanna, R. T. D'Aquila // Curr. Infect. Dis. Rep., 1999. No1. P. 289-297.
182. Haynes R., McDonald H., Garg A. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA, 2002. P. 288.
183. Kegeles S.M., Hays R.B., Coates T.J. The Mpowerment. Project: A community-level HIV prevention intervention for young. gay men // American Journal of Public Health,1990.
184. Ladouceur R., Gosselin P., & Dugas M. J. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry // Experimental manipulation of intolerance of Behavior Research and Therapy, 2000. No38(9). Р. 933-941.
185. Marathe J.G. Is gene therapy a good therapeutic approach for HIV-positive patients? / J. G. Marathe, D. P. // Wooley Genet Vaccines Ther, 2007. Vol.5. P. 5-14.
186. Merenluoto K., Lehtinen E. Number concept and conceptual change: Towards a systemic model of the processes of change // Learning and Instruction, 2004. Vol.14(5). P. 519-534.
187. Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., P. Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., and Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators // PLoS Med, 2006. Vol.3(11). P. 438.No86. Р. 1129-1136.
188. Paterson D.L., Swindells S., Mohr J. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection / D. L. Paterson, S. Swindells, J. Mohr, M. Brester, E. N. Vergis, C. Squier, M. M. Wagener, N. Singh // Ann Intern Med, 2000. Vol.133(1). P. 21-30.
189. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. For the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. JAMA, 1999. No282. P. 1737-1744.
190. Stoycheva K. Talent, science and education : how do we cope with uncertainty and ambiguities. Science education: Talent Recruitment and Public Unders [Электронныйресурс] // ACADEMIA, 2003. URL: <http://www.academia.edu/12847667/Talent_Science_and_Education_How_Do_We_Cope_with_Uncertainty_and_Ambiguities> (дата обращения: 17.12.2018).
191. Treisman G., Angelino A. The Psychiatry of AIDS: a guide of diagnosis and treatment. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2004. Р. 185.
192. Wood E. et al. Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-l infected injection drug users / E. Wood et al. // CMAJ., 2003. No169. P. 656-661.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Подробное описание комплекса экспериментально-психологических методик:**

1. «Шкала комплаентности Мориски-Грин» («4-item Morisky Medication Adherence Scale» – MMAS-4). Клинико-психологическая тестовая методика, созданная Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., была валидизирована в 1985 году и опубликована авторами в 1986 году. Широко применяется в клинической практике для скрининга приверженности пациентов к приему лекарственных препаратов. Тест включает в себя 4 вопроса, определяющие, пропускает ли больной прием лекарственных препаратов, если чувствует себя хорошо или плохо, забывает ли он принимать лекарства и внимательно ли относится к рекомендованному времени приема препаратов. На каждый вопрос предлагается выбрать положительный или отрицательный ответ (да/нет). Каждый отрицательный ответ оценивается в 1 балл. Пациенты, набравшие 4 балла, считаются приверженными к терапии, 1-2 балла – не приверженными, 3 балла – недостаточно приверженными, с риском перехода в группу неприверженных к лечению (Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., 2016).
2. «Шкала оценки здоровья пациента» («Patient Health Questionnaire» – PHQ). Методика представляет собой семейство клинико-психологических шкал, состоящее из 11 модулей. Разработана доктором медицинских наук Робертом Л. Спитцером (Robert L.Spitzer), Джанет Б.У. Уилльямс (Janet B.W. Williams), Куртом Кронке (Kurt Kroenke) и их коллегами в 1999 году в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc. Методика была апробирована в двух обширных исследованиях, включавших 6000 пациентов (3000 пациентов из клиник общей и семейной практики и 3000 из клиник акушерства и гинекологии). Широко применяется в зарубежной клинической и лабораторной практике для совместного исследования и оценки степени выраженности депрессивных, тревожных и соматических симптомов, так как, чаще всего, они встречаются вместе и составляют так называемую «SAD-триаду» (Somatic-Anxiety-Depression), а также для диагностики расстройств пищевого поведения и расстройств, связанных с употреблением алкоголя. После того, как шкала показала свою эффективность на практике, оказалось, что ее отдельные модули, если их использовать в качестве самостоятельных шкал, также дают очень точные и качественные результаты. Так появились: PHQ-9 – шкала оценки наличия и тяжести депрессивных симптомов (9 пунктов); GAD-7 – шкала оценки тревоги (7 пунктов), шкала также имеет хорошую чувствительность и специфичность в отношении панического расстройства, социальной фобии и ПТСР; PHQ-15 – шкала оценки соматического статуса пациента, его тяжести, и возможного присутствия соматизации и соматоформных расстройств (15 пунктов). Каждый модуль PHQ может быть использован отдельно (например только PHQ-9,если нас интересует исследование депрессии), в комбинации с другими модулями, или как часть полного 11-ти модульного PHQ. Особенно ценной является чувствительность шкал к изменениям тяжести состояния с течением времени. На практике отдельные модули чаще используют для оценки тяжести состояния, чем для постановки предварительного диагноза. Способ обработки семейства шкал PHQ прост: итоговый показатель рассчитывается путем простого суммирования присвоенных пациентом значений «0», «1», «2» и «3» для предложенных в шкалах утверждений. Результаты PHQ-9, GAD-7 и PHQ-15 оцениваются в баллах и интерпретируются следующим образом: 5 баллов означает легкий, 10 – средний, а 15 – тяжелый уровень расстройства (депрессии, тревоги и соматоформного расстройства – соответственно используемой шкале). Оценка в 10 баллов или выше считается «желтым флагом» для всех трех шкал (то есть свидетельствует о том, что необходимо обратить внимание на возможное присутствие клинически значимого расстройства); оценка в 15 баллов или выше - это «красный флаг» для всех трех шкал (указывает на то, что в данном случае, вероятно, оправдано активное лечение) (Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W.,1999).
3. «Изучение самооценки социальной значимости болезни». Клинико-психологическая тестовая методика, созданная А. И. Сердюком в 1994 году на основании обследования внутренней картины болезни около 2 тысяч больных, как с яркими психосоматическими заболеваниями, так и с сугубо телесными. Выяснилось, что степень субъективного восприятия влияния заболевания на образ жизни совершенно не зависело от традиционного отнесения заболевания к психосоматическим или нет. Предложенная А. И. Сердюком методика позволяет выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса пациентов. Опросник состоит из 10 вопросов, отражающих мнение больного о влиянии болезни на ту или иную сферу его жизни:

* Ограничение ощущения силы и энергии;
* Ухудшение отношения к больному в семье;
* Ограничение удовольствий;
* Ухудшение отношения к больному на работе;
* Ограничение свободного времени;
* Ограничение карьеры;
* Снижение физической привлекательности;
* Формирование чувства ущербности;
* Ограничение общения;
* Материальный ущерб.

Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале суммарных оценок Ликкерта. Один из двух последних вариантов ответов расценивается, как свидетельствующий о высокой, либо очень высокой значимости для данного больного влияния болезни на ту, или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса). Опросник А. И. Сердюка – краткий, простой и информативный инструмент для скринингового выявления лиц, нуждающихся в психологической помощи и психотерапии в соматической клинике, так как самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а, следовательно, и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного (Малкина-Пых И.Г., 2005).

1. «Психические состояния личности» («Personal Issues Inventory» – PII). Опросник разработан Артуром Томасом Джерсайлдом (Arthur Thomas Jersild) в 1950-х годах. Методика направлена на выявление и оценку наиболее стойких внутренних состояний личности, влияющих на отношение человека к самому себе, к окружающим, к миру, и отражающих основные компоненты бытия: одиночество, признание, осмысленность жизни, свобода, секс. Вопросы сгруппированы вокруг девяти состояний личности (измеряемых параметров):

* Одиночество;
* Ощущение бессмысленности существования;
* Свобода выбора (отношение к авторитету);
* Половой конфликт;
* Враждебный конфликт;
* Расхождение между реальным и идеальным «Я»;
* Свобода воли;
* Безнадежность;
* Чувство неприкаянности («бездомность»).

Каждому состоянию личности соответствует четыре суждения, всего в опроснике содержится 36 утверждений. Максимальная оценка степени выра­женности того или иного качества или состояния личности по данной методике равна 8 баллам, а минимальная – 0 баллов. Эти оцен­ки, соответственно, получаются таким образом: если испытуе­мый, реагируя на то или иное суждение опросника, выбирает пер­вый ответ, то он получает 2 балла; если он выбирает второй от­вет – 1 балл; если третий – 0 баллов. Выбор четвертого вариан­та ответа – «я не знаю» – никак не оценивается в баллах. В за­ключение для каждого из девяти состояний личности определя­ется сумма баллов, полученных испытуемым по четырем сужде­ниям, связанным с данным состоянием личности. Она и пред­ставляет собой оценку данного состояния, где: 7-8 баллов – очень сильно выраженное состоя­ние личности; 5-6 баллов – сильно выраженное состояние личности; 3-4 балла – умеренно выраженное состояние личности; 0-2 балла – слабо выраженное состояние личности (Прохоров  А.О., 2004).

1. «Новый опросник толерантности к неопределенности» (НТН). Опросник представляет собой русскоязычную интегральную методику, основанную на схеме соединения А. Фурнхамом известных ранее в зарубежной литературе шкал ([шкалы О’Коннора](http://psylab.info/index.php?title=%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%BA_%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%91%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%9E%E2%80%99%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B0&action=edit&redlink=1), [шкалы Райделл-Розена](http://psylab.info/index.php?title=%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%BA_%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%91%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%A0%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%BB-%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%B5%D0%BD%D0%B0&action=edit&redlink=1), [шкалы Баднера](http://psylab.info/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%BA_%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%91%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%91%D0%B0%D0%B4%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B0) и [шкалы Нортона](http://psylab.info/index.php?title=%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%BA_%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%91%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8_%D0%9D%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B0&action=edit&redlink=1)). Опросник разработан и валидизирован Т.В. Корниловой в 2009 году, результаты апробировались на выборке в 623 человека. Опросник, исходя из данных, полученных при его разработке и валидизации, является надежным, внутренне согласованным и достаточно специфичным инструментом, предназначенным для измерения толерантности к неопределенности – способности человека принимать конфликт и напряжение, которые возникают в ситуации двойственности. В отечественных исследованиях толерантность к неопределенности получила трактовку в качестве интегральной личностной характеристики, изучаемой в следующих основных ракурсах: психологической устойчивости, системы личностных и групповых ценностей, личностных установок и совокупностей разноуровневых индивидуальных свойств. В итоговой версии опросник состоит из 33 пунктов, группируемых в 3 шкалы:

* Толерантность к неопределенности (ТН) – стремление к изменениям, новизне и оригинальности, готовность идти непроторенными путями и предпочитать более сложные задачи, иметь возможность самостоятельности и выхода за рамки принятых ограничений; способность к принятию решений и размышления над проблемой, даже если не известны все факты и возможные последствия; способность противостоять несвязанности и противоречивости информации, принимать неизвестное, не чувствовать себя неуютно перед неопределенностью.
* Интолерантность к неопределенности (ИТН) – стремление к ясности, упорядоченности во всем и неприятие неопределенности, предположение о главенствующей роли правил и принципов, дихотомическое разделение правильных и неправильных способов, мнений и ценностей; ригидное, неоптимальное поведение, воспроизводящее прошлый опыт, но не соответствующее изменившейся ситуации; тенденция воспринимать (интерпретировать) неопределенные ситуации и информацию как источник угрозы и разновидность психологического дискомфорта.
* Межличностная интолерантность к неопределенности (МИТН) – стремление к ясности и контролю в межличностных отношениях, дискомфорт в случае неопределенности отношений с другими; соответствует критериям неустойчивости, монологичности, статичности в отношениях с другими.

Ответы формируются по 7-балльной шкале Ликкерта, большинство ответов учитывается в прямом значении. Обработка заключается в простом суммировании набранных баллов. При этом каждому ответу присваивается от 1 и 7 баллов («полностью не согласен» – 1 балл, «полностью согласен» – 7 баллов). Опросник может быть использован в широком круге задач для лиц различного пола, возраста, профессии и социального положения (Корнилова Т.В., 2001; Корнилова Т.В., 2010).

1. «Мельбурнский опросник принятия решений – МОПР («Melbourne Decision Making Questionnaire» – MDMQ). Личностный опросник, направленный на диагностику индивидуального стиля принятия решений в условиях неопределенности, стиля совладания со стрессом. Методика разработана в 1997 году Л. Манном с соавторами (L. Mann, P. Burnett, M. Radford, S. Ford) на основе более раннего опросника того же автора («Flinders Decision Making Questionnaire», 1982). Русскоязычная адаптация выполнена Т.В. Корниловой в 2013 году. Результаты апробации Мельбурнского опросника принятия решений представлены на российских студенческих выборках (n = 299) c использованием структурного моделирования и кросс-культурного анализа; показана конгруэнтость факторных структур, полученных для русскоязычной и англоязычной версий; установлено отсутствие гендерных различий и связанных с профессиональной специализацией. В русскоязычном варианте опросник включает 22 утверждения, согласие с которыми оценивается испытуемым по 3-балльной шкале Ликкерта. Опросник позволяет диагностировать четыре свойства, трактуемые как продуктивный (бдительность) и непродуктивные (избегание, прокрастинация и сверхбдительность) типы регуляции принятия решений. Из опросника возможно извлечение значений четырех шкал, при этом шкалы не пересекаются по пунктам, входящим в их состав, а все пункты интерпретируются в прямых значениях:

* Бдительность – основная стилевая характеристика человека, как личности, принимающей решение; раскрывает такой аспект совладания с неопределенностью как - обдумывание альтернатив, исключающее интуицию. Заключается в уточнении целей и задач решения, рассмотрении альтернатив, связанных с поиском информации, ассимиляцией информации «без предрассудков» и оценки перед выбором.
* Прокрастинация – откладывание деятельности, внутренний механизм борьбы с тревогой, вызываемой необходимостью начать, либо закончить какое-либо субъективно трудное дело, или принять важное, но не принятое решение.
* Избегание – перекладывание ответственности и рационализация сомнительных альтернатив, игнорирование информации о рисках потерь и продолжение следования выбранному курсу действий.
* Сверхбдительность (гипербдительность) – не включающий интеллектуальную ориентировку поиск выхода из дилеммы, то есть импульсивное принятие решения, обещающее избавление от ситуации; неоправданное «метание» между разными альтернативами, в экстремальных формах – «паника» в выборе между альтернативами (Корнилова Т.В., 2013).