

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

Исаева Е.Р. \_\_\_\_\_

Председатель ГАК

д.пс.н., профессор

Соловьева С.Л. \_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа на тему:

**Эмоционально-волевые особенности ВИЧ-инфицированных  
пациентов**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:

Студентка \_\_6\_\_ курса

Факультет клинической психологии

Абрамова Кристина Дмитриевна

\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:

Доцент кафедры общей и клинической психологии

Тюсова Ольга Викторовна

\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург  
2017

## Содержание:

Введение .....	стр. 3
Глава 1. Основные вопросы ВИЧ-инфекции.....	стр. 6
Глава 2. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов.....	стр. 11
Глава 3. Изучение эмоционально-волевых особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов.....	стр. 25
3.1. Программа исследования.....	стр. 26
3.2. Результаты исследования.....	стр. 31
Выводы.....	стр. 37
Заключение.....	стр. 39
Список используемой литературы.....	стр. 40
Приложение 1 .....	стр. 45
Приложение 2.....	стр. 46
Приложение 3.....	стр. 48
Приложение 4.....	стр. 49

## Введение

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД) на сегодняшний день являются глобальной проблемой современного общества, и существует дефицит психологических исследований в этой области. В основном, проводятся исследования когнитивной сферы пациентов с ВИЧ-инфекцией, не затрагивая при этом их эмоциональных и волевых свойств. Но именно данные особенности влияют на дальнейшую жизнь человека: принятие диагноза, отказ от наркотиков, комплаентность к лечению, поддержание своего здоровья и т.д. Поэтому проведенное исследование является актуальным, а его результаты применимы на практике.

ВИЧ-инфекция относится к группе хронических болезней, и риску заражения подвергается любой человек, который не контролирующий свое поведение, независимо от социальной группы, материального достатка, возраста, пола. К понятию «рискованное поведение» относится частая смена полового партнера, предпочтение незащищенному сексу, инъекционное употребление наркотиков.

Эпидемия ВИЧ-инфекции представляет собой динамичное социомедико-биологическое явление, несущее угрозу жизни, здоровью и благополучию населения стран мира. По данным Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу в мире 78 миллионов человек живут с ВИЧ, 39 миллионов человек умерли от СПИДа. ВИЧ - инфекция, по оценке экспертов, занимает 5-е место среди причин смертности в мире. В Российской Федерации эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции остаётся напряжённой. За период с 1987 года зарегистрировано 907 тысяч случаев ВИЧ - инфекции, продолжается рост новых случаев, ежедневно заражаются более 200 россиян (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) - официальный сайт <http://www.unaids.org/>).

В сложившихся реалиях и при темпах распространения ВИЧ-инфекции на сегодняшний день, число ВИЧ-инфицированных в стране в течение последующих пяти лет может возрасти в два раза. Эпидемия ВИЧ распространяется по планете, и приносит серьёзный урон человечеству. Ранее таких эпидемий не было, и это обстоятельство заставляет задуматься о перспективах сохранности нашего биологического вида. Интенсивность мутации вируса препятствует созданию специфической одноразовой вакцины, что усложняет прерывание эпидемии. Разрабатываемые и применяемые препараты для антиретровирусной терапии позволяют только замедлить развитие инфекционного процесса и переводят заболевание в категорию хронических управляемых инфекций.

Эпидемия ВИЧ-инфекции, являясь причиной СПИДа, вылилась в пандемию и стала серьёзнейшей проблемой XXI века, приводя к глобальному

кризису здоровья. Ситуация в стране в связи с распространением ВИЧ-инфекции оценивается, как надвигающаяся национальная угроза (Покровский В. В., Караулов А. В., 2002).

ВИЧ-инфекция - является социальным заболеванием, так как наряду с медицинскими аспектами эпидемиологии и лечения актуальна разработка программ по формированию приверженности к антиретровирусной терапии с использованием психологических критериев оценки (Шаболтас А. В., 2014).

### **Программа исследования**

**Цель дипломной работы** – изучение эмоционально-волевых особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов.

### **Задачи:**

- Сравнить эмоционально-волевые особенности группы наркопотребителей и тех, кто ранее не употреблял психоактивные вещества (ПАВ);
- Сравнить показатели в зависимости от половой принадлежности;
- Сравнить показатели в зависимости от длительности знания диагноза;
- Провести корреляционный анализ «Копинг-теста Лазаруса» и методики «Стиль саморегуляции поведения»;
- Определить влияние длительности знания диагноза на копинг-стратегии.

**Объект исследования** – ВИЧ-инфицированные мужчины и женщины в возрасте от 20 до 45 лет, амбулаторно посещающие Центр по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями в Санкт-Петербурге.

**Предмет исследования** – эмоционально-волевые особенности и личностные характеристики.

### **Гипотезы исследования:**

1. Употребление наркотических веществ влияет на повышение показателей эмоциональной сферы, таких как: уровень депрессии, тревожности (ситуативной и личностной);
2. Употребление наркотических веществ влияет на снижение волевой регуляции человека;
3. Пациенты, которые знают о своём диагнозе меньше 1 года, имеют более высокий уровень тревожности;
4. Существует взаимосвязь между копинг-стратегиями («Конфронтация», «Принятие ответственности», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка») и механизмами саморегуляции.

### **Список используемых методик:**

**Копинг-тест Лазаруса** - Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий.

**Тест Большая пятерка (Big five).** Пятифакторный личностный опросник (Р. МакКрае, П. Коста). Методика диагностики личностных факторов темперамента и характера.

**Шкала (тест-опросник) депрессии Бека** – диагностика уровня депрессии.

**Шкала тревоги Спилбергера в модификации Ханина** - выявление самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

**Опросник "Стиль саморегуляции поведения"** - диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля (Моросанова В.И.)

Анонимная анкета была разработана для данного исследования для изучения социально-демографических характеристик, истории употребления наркотиков и длительности знания о диагнозе ВИЧ.

Исследование проведено в соответствии с Европейской Конвенцией об участии в исследованиях и действующим законодательством РФ.

Хочется выразить благодарность Кольцовой Ольге Владимировне, зав. отд. медицинской и социальной психологии за содействие в проведении работы с пациентами в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, и психологам Центра за помощь в работе!

## **Глава 1. Основные вопросы по ВИЧ-инфекции**

### **1.1. Вирус иммунодефицита человека**

В 1982 году ученые выяснили, что причиной СПИДа является вирус, который поражает клетки иммунной системы человека, делая их неспособными защищать организм от заболеваний. ВИЧ-инфекция – это медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему. В результате организм становится чрезвычайно восприимчивым к различным инфекциям и опухолям, что в конечном итоге приводит к смерти (официальный сайт - <http://www.aids.ru>).

Вирус поражает клетки иммунной системы, имеющие на своей поверхности рецепторы CD4: Т-хелперы, моноциты, макрофаги, клетки Лангерганса, дендритные клетки, клетки микроглии. В результате работа иммунной системы угнетается и развивается синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД), организм больного теряет возможность защищаться от инфекций и опухолей, возникают вторичные оппортунистические заболевания, которые не характерны для людей с нормальным иммунным статусом. Без врачебного вмешательства оппортунистические заболевания вызывают смерть пациента в среднем через 9—11 лет после заражения (в зависимости от подтипа вируса). При проведении антиретровирусной терапии продолжительность жизни пациента может быть продлена до 70—80 лет (Kramer-Hämmerle S., Rothnagier I., Wolff H., Bell J. E., Brack-Werner R., 2005).

«Полный жизненный цикл вируса реализуется довольно быстро, всего за 1-2 суток; в день формируется до 1 млрд. вирусных частиц...» Зараженный человек остается источником ВИЧ-инфекции пожизненно. ВИЧ-инфекция без лечения прогрессирует в течение 3-20 лет и заканчивается гибелью зараженного лица (Покровский В. В., 2000).

Вирус, проникая в организм человека через слизистые оболочки или прямо в кровь, поражает ряд клеток, имеющих специфические рецепторы связывания (CD4 и корецепторы) и приводит к поражению иммунной системы, которая выходит из строя, оставляя организм беззащитным для всех возможных инфекций. Как медленная инфекция она проявляет себя спустя несколько недель, после чего наступает острый период с поражением лимфоузлов и лимфоаденопатией или без этих проявлений. В этой связи нередко периоды заражения и острой фазы остаются незамеченными и заболевание проявляет себя спустя несколько лет на стадии СПИДа или при плановом, или спорадическом обследовании на ВИЧ (Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П., 2009).

От ВИЧ-инфекции пока не было излечения и заболевание в этой связи необходимо рассматривать как хроническое с фатальным исходом, который

произойдет без антиретровирусной терапии в течение ближайших или отдаленных лет (Бобкова М. Р., 2010 г.).

Начиная с 80-х годов, шли разработки препаратов, которые апробировались, внедрялись, дополнялись новыми классами веществ с учетом мутаций вируса. Сегодня принята трехкомпонентная терапия препаратами с различным механизмом действия и жизненным циклом ВИЧ. Формирование приверженности пациентов к лечению относится к категории комплексного междисциплинарного подхода к проблеме с учетом социальной среды, употребления психоактивных препаратов, психологических особенностей человека и привлечения учреждений Комитетов по социально политике, образованию, работе с молодежью, СМИ и др. Решение этих интегрирующих вопросов входит в задачи нашего коллектива. Противовирусная терапия относится к числу дорогостоящего лечения пациентов. В зависимости от особенностей ВИЧ и его чувствительности к препаратам стоимость лекарств на одного больного составляет от 80 тыс. рублей до 1,5 млн за год (Беляков Н. А., 2011).

## **1.2. Способы передачи ВИЧ**

Существует три механизма передачи ВИЧ: контактный, вертикальный (их относят к естественным способам), и искусственный (искусственный). Передача ВИЧ происходит при половых контактах, при переливании инфицированной крови и ее препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребёнку во время беременности и родов, а также во время грудного вскармливания от инфицированной матери ребёнку и т. инфицированного ребёнка кормящей женщине. Высокая вероятность заражения при половом контакте объясняется тем, что концентрация вируса в вагинальном секрете и сперме ВИЧ-инфицированного очень высока (Покровский В. В., 2001).

### **1) Передача ВИЧ контактным путём**

За последние годы около 70% случаев заражения возникают вследствие полового контакта. На долю гетеросексуальных связей приходится 52% случаев, гомосексуальных – 18%. Реальность заражения мужчины женщиной, женщины – женщиной и женщины – мужчиной стала общепризнанной.

Интактная, неповрежденная кожа — является эффективным барьером для инфекции, так как в коже отсутствуют клетки, которые могут быть заражены ВИЧ. Для успешной инфекции требуется прямой контакт с кровеносной системой или с мембранами клеток слизистых оболочек. Слизистые оболочки половых органов и прямой кишки часто получают незначительные повреждения при половом акте, через которые вирус может проникать в кровь. Такие повреждения чаще возникают при наличии заболеваний, передающихся половым путем, например, в случае герпеса. С другой стороны, заражение возможно и в случае неповрежденной слизистой

оболочки, так как последние содержат значительное количество дендритных клеток (в том числе, клеток Лангерганса), которые могут играть роль «переносчиков» вирусных частиц в лимфатические узлы. Поэтому особенно опасной формой полового акта для принимающего партнера является незащищенный анальный секс, так как при этой форме возникает наибольшее число мелких и крупных повреждений (Begay O., Jean-Pierre N., Abraham C. J., Chudolij A., Seidor S., Rodriguez A., Ford B. E., Henderson M., Katz D., Zydowsky T., Robbiani M., Fernández-Romero J. A., 2011).

## **2) Передача ВИЧ вертикальным путём**

Вертикальным путём называют передачу ВИЧ-инфекции беременной женщиной её ребёнку. Заражение происходит либо внутриутробно, путём проникновения вируса через стенку плаценты, либо при родах. Возможна и передача ВИЧ в ходе грудного вскармливания. Внутриутробное заражение ребёнка ВИЧ-инфекцией диагностируется в 20-30% случаев у матерей, не прошедших профилактический курс перинатальной передачи вируса. Вероятность заражения ребёнка в ходе грудного вскармливания – 12-20%.

## **3) Передача ВИЧ инъекционным путём**

Группой риска по заражению ВИЧ инъекционным путем являются наркоманы, которые употребляют наркотики инъекционной формы. Инфекция может присутствовать на шприце и посуде для приготовления наркотика и его внутривенного введения. Этот путь составляет около четверти всех клинических регистрируемых случаев заражения.

Возможна и передача ВИЧ в ходе переливания крови ВИЧ-положительного донора или её компонентов восприимчивому человеку, но на практике это наблюдается лишь в странах, где уровень контроля качества крови довольно низок. В России заражение ВИЧ этим путём практически исключён (Информационный портал фонда «ШАГИ», Медицинские статьи, 27.07.2012 Пути передачи ВИЧ и методы профилактики).

Вирус не передаётся воздушно-капельным путём, бытовым путём, при соприкосновении с неповрежденной кожей, через укусы насекомых, слёзы и слюну (из-за того, что концентрация вирионов ВИЧ в этих жидкостях ниже инфицирующей дозы, а также из-за того, что слюна — агрессивная среда, разрушающая своими ферментами вирионы ВИЧ) (Baron S., Poast J., Cloyd M. W. 1999).

Вирус может присутствовать в низких концентрациях в слюне, моче и слезистой жидкости, однако случаев передачи инфекции посредством этих субстанций не зафиксировано (Беляков Н. А., 2013).

Вероятность передачи ВИЧ-инфекции неодинакова в течение периода развития болезни. Инфекционность зависит от вирусной нагрузки (концентрацией РНК ВИЧ в крови) и максимальна на самых ранних стадиях инфекции (стадия инкубации, первичных проявлений – острая ВИЧ-



инфекция) и на поздних стадиях – прогрессирования ВИЧ-инфекции при наличии симптомов иммунодефицита. В отличие от других вирусов, ВИЧ-инфекция не вызывает формирования защитного иммунитета. Многократно отмечены случаи заражения двумя или более генетическими вариантами ВИЧ. Возможна коинфекция - одновременное заражение двумя разными штампами ВИЧ (Хоффман К., Рокитро Ю. К., 2010).

### 1.3. ВИЧ/СПИД в России

«В 2013 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло **35** [33,2–37,2] миллионов. С начала эпидемии ВИЧ заразились примерно **78** [71–87] миллионов человек. Во всем мире число людей, заразившихся ВИЧ в 2013 году, составило **2,1** [1,9–2,4] миллиона. Начиная с 2001 года число новых случаев ВИЧ-инфекции уменьшилось на **38%**. В 2013 году во всем мире от болезней, связанных со СПИДом, умерли **1,5** [1,4–1,7] миллиона человек. Смертность в связи со СПИДом снизилась (по сравнению с пиковым показателем в 2005 году) на **35%**» (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) – официальный сайт <http://www.unaids.org/>).

Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г., достигло **1 006 388** человек (по предварительным данным на 3.02.2016 г.). Из них умерло по разным причинам 212 579 ВИЧ-инфицированных, в т.ч. 27 564 в 2015 году (на 12,9% больше, чем за аналогичный период 2014 г.) по данным формы мониторинга Роспотребнадзора «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ». В Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом персонифицированные данные о смертях ВИЧ-позитивных лиц поступали с существенной задержкой, поэтому было зарегистрировано меньшее количество умерших.

Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 30 июня 2016 г., достигло 1 062 476 человек (по предварительным данным на 1.08.2016 г.). Из них умерло по разным причинам 225 992 ВИЧ-инфицированных по данным формы мониторинга Роспотребнадзора «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ». В Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом персонифицированные данные о смертях ВИЧ-позитивных лиц поступали с существенной задержкой, поэтому было зарегистрировано меньшее количество умерших.

На диспансерном учете в специализированных медицинских организациях в 2016 году состояло 628 073 больных, инфицированных ВИЧ, что составило 75 % от числа 836 484 россиян, живших с диагнозом

ВИЧ-инфекция в июне 2016 г. по данным формы мониторинга Роспотребнадзора. Получали антиретровирусную терапию 243 727 пациентов в 2016 г. Охват лечением в 2016 году в Российской Федерации составил 29 % от числа зарегистрированных лиц с диагнозом ВИЧ-инфекция, среди состоявших на диспансерном наблюдении было охвачено антиретровирусной терапией 39% больных. За весь период наблюдения в Российской Федерации с 1985 г. было выявлено 28 559 ВИЧ-инфицированных иностранных граждан, в том числе 670 – за 2016 г. Вероятно, большинство этих больных выбыли за пределы Российской Федерации.

За 6 месяцев 2016 г. территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД было сообщено о 51 099 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации (по предварительным данным на 1.08.2016 г.), исключая выявленных анонимно и иностранных граждан, что на 3,9% больше, чем за аналогичный период 2015 г. С 2005 по 2015 год регистрировался ежегодный рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в среднем на 10% в год.

За 6 месяцев 2016 г. в Российской Федерации умерло 12 878 больных ВИЧ-инфекцией (на 7,5% больше, чем за аналогичный период 2015 г.).

Показатель заболеваемости в 2016 г. составил 34,9 на 100 тыс. населения. В 2016 г. по показателю заболеваемости в Российской Федерации лидировали: Кемеровская область (зарегистрировано 122,4 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения), Иркутская (80,2), Свердловская (78,6), Томская (74,7), Челябинская (73,0), Тюменская (72,2), Новосибирская (68,2), Оренбургская (62,6) области, Красноярский (62,5), Алтайский (61,4), Пермский (60,7) края, Ханты-Мансийский автономный округ (61,6), Самарская (60,7), Курганская (56,8), Омская (54,8), Ульяновская (46,1), Нижегородская (38,3) области, Республики Хакасия (47,7), Республика Крым (42,9), Башкортостан (38), Удмуртия (37,7), г. Севастополь (37,0).

Пораженность ВИЧ-инфекцией на 30 июня 2016 г. составила 570,9 на 100 тыс. населения России. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации. Высокая пораженность ВИЧ-инфекцией (более 0,5% от всей популяции) зарегистрирована в 28 наиболее крупных и экономически успешных регионах, где проживало 44,6% населения страны. К наиболее пораженным субъектам Российской Федерации относятся: Свердловская (зарегистрировано 1592,6 живущих с ВИЧ на 100 тыс. населения), Иркутская (1591,5), Кемеровская (1568,0), Самарская (1412,6), Оренбургская (1183,7), Ленинградская (1138,2) области, Ханты-Мансийский автономный округ (1159,2), Челябинская (1019,6), Тюменская (983,7), Новосибирская (969,2), Ульяновская (912,9) области, г. Санкт-Петербург (963,4), Пермский край (921,3), Республика

Крым (858,5), Алтайский (815,9), Красноярский (784,7) края, Тверская (710,1), Курганская (707,7), Ивановская (699,7), Томская (676,3), Мурманская (617,7) области.

Среди впервые выявленных в 2016 г. ВИЧ-позитивных с установленными факторами риска заражения 52,8% инфицировались при употреблении наркотиков нестерильным инструментарием, 44,5% – при гетеросексуальных контактах, 1,5% – при гомосексуальных контактах, 1,1% составляли дети, инфицированные от матерей во время беременности, родов и при грудном вскармливании. В 2016 г. продолжали регистрироваться случаи заражения ВИЧ, связанные с оказанием медицинской помощи. В течение первых 6 месяцев было зарегистрировано 5 случаев с подозрением на заражение в лечебных учреждениях Российской Федерации при использовании нестерильного медицинского инструментария. Еще 1 новый случай ВИЧ-инфекции у ребенка, вероятно, был связан с оказанием медицинской помощи в Таджикистане.

Таким образом, в стране в 2016 г. эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции продолжала ухудшаться. Сохранялся высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, увеличивалось общее число больных и число смертей ВИЧ-инфицированных, активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. (Справка ВИЧ-инфекция в РФ на 30.06.2016 г.).

## **Глава 2. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов**

В ряде стран среди ВИЧ-инфицированных была обнаружена более высокая распространенность проблем психического здоровья, чем среди других категорий населения. Развитие ВИЧ-инфекции может периодически снижать физическую работоспособность, приводить к истощаемости психических процессов (UNAIDS, 2004).

Выявлено множество стрессовых факторов, оказывающих влияние на психологическое состояние носителя ВИЧ, среди них: решение рассказать о своём ВИЧ статусе, выбора лекарств, лечения, тяжёлая утрата, репродуктивные вопросы, проблемы с семьёй и во взаимоотношения (О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, В.А. Солдаткин, В.И. Крылов, А.Я. Перехов, 2015). До проведения теста на ВИЧ следует проводить психологическое консультирование для профилактики стрессовых расстройств (Н. I. Kaplan, В. J. Sadock, 1998).

Масштаб и характер психологических проблем при ВИЧ-инфекции зависит от различных факторов. Они могут привести к адаптационным

расстройствам, тревоге и депрессии, суицидальным идеям и поведению, трудностям во взаимоотношениях в половой жизни, злоупотреблению наркотикам. ВИЧ-инфицированные страдают от множественных проблем, которые могут проявиться на разных стадиях болезни. Они могут переживать разного рода психологические и психосоциальные проблемы на протяжении всего периода жизни с болезнью и приспособления к ней. Поэтому для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, жизненно важно получать помощь в связи с проблемами психического здоровья, как ради их собственного блага, так и для контроля за распространением ВИЧ. Психические расстройства, связанные с ВИЧ/СПИДом, могут появляться в результате осознания человеком, что он болен смертельной болезнью или быть результатом психосоциального стрессора, сопутствующего болезни, таким, например, как стигма и дискриминация (т.е., иметь психогенное происхождение). Психические расстройства также могут появляться в результате неврологических изменений центральной нервной системы вследствие поражающего воздействия ВИЧ, вирусов оппортунистических инфекций, или соответствующего лечения (т.е., иметь экзогенно-органический генез) (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015).

К факторам, влияющим на снижение психического здоровья ВИЧ-инфицированных пациентов, относятся (Гречаный С., Егоров А., 2013):

- Невылеченная психическая болезнь и аддиктивное поведение – рискованное поведение – распространение ВИЧ;
- Невылеченная психическая болезнь и пагубная склонность – недостаточное соблюдение – недостаточное соблюдение антиретровирусной терапии (АРТ) – распространение ВИЧ и плохой прогноз;
- АРТ – побочные эффекты, приносящие вред психическому здоровью;
- СПИД – мозговые нарушения и др. воздействия на ментальную деятельность;
- Невылеченная психическая болезнь и пагубная склонность – ухудшение качества жизни для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- Невылеченная психическая болезнь и пагубная склонность – большой стресс для людей, обеспечивающий уход, и их семей.

СПИД значительно влияет на психическое здоровье. От 38% до 73% пациентов с ВИЧ/СПИДом, как минимум, имеют одно психическое расстройство в течение жизни, и до 20% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС) обнаруживают психические расстройства в виде ранних медицинских проявлений СПИДа. Психические расстройства, связанные с

ВИЧ/СПИД, могут появляться в результате осознания человеком, что он болен смертельной болезнью или быть результатом психосоциального стрессора, сопутствующего болезни. Психические расстройства также могут появляться в результате неврологических изменений центральной нервной системы вследствие поражающего воздействия ВИЧ (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015).

Исследования, проводимые с пациентами, указывают на то, что удовлетворение больными социальной поддержкой коррелирует с состоянием их психического статуса и субъективной оценкой своего здоровья. В связи с этим задачей врачей, психологов и социальных работников является вовлечение в реабилитационную программу всех заболевших, независимо от стадии болезни и возможного ее исхода (А. С. Дмитриева А. С., Клименко Т. В., 1998)

Пациенты с ВИЧ/СПИДом сталкиваются с множеством дополнительных проблем, с которыми люди с другими заболеваниями не встречаются. В силу того, что ВИЧ/СПИД – болезнь, передаваемая половым путем, лица, живущие с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС) часто видят своих близких страдающими, кроме того, они постоянно чувствуют приближающуюся потерю, страдание и страх за свою смерть. Они также испытывают отказ и ограничения в половой жизни. Кроме этого, выраженная стигма и дискриминация постоянно сопровождает ВИЧ/СПИД. По мнению Джонатана Манна, бывшего директора Глобальной Программы ВОЗ по СПИДу, СПИД несет за собой три отличительные эпидемии, включая «эпидемию ВИЧ, эпидемию СПИДа, и эпидемию стигмы, дискриминации и отречения». Стигма и дискриминация, связанные со СПИДом, могут привести к отсутствию поддерживающей сети для ЛЖВС, что более увеличивает их шансы на психические заболевания (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015).

В диссертационной работе Сервецкого А. К. (2008) исследована клинико-психопатологическая структура адаптационных расстройств у ВИЧ-инфицированных пациентов, которые находились на лечении и диспансерном учете в Центре по профилактике ВИЧ и лечению СПИДа г. Одессы. Выраженность эмоциональных расстройств (ситуативная и личностная тревожность, депрессия) в большей мере зависит от стадии ВИЧ-инфекции, чем от ее длительности. Установлена зависимость состояния психического здоровья от реактивности организма больных. Автор пришел к выводу, что психические расстройства, имеющие место у ВИЧ-инфицированных лиц, отличаются атипичностью вследствие одновременно развивающегося органического поражения головного мозга. Данный факт может быть связан с истощением популяции CD4-клеток за счет продолжающейся репликации ВИЧ и значительного иммунодефицита, когда уровень CD4-лимфоцитов в крови инфицированных падает до

0,35-0,2x10<sup>9</sup>/л (у здоровых лиц число CD4-лимфоцитов колеблется в пределах 0,6-1,9x10<sup>9</sup>/л).

Нестандартная ситуация, в которой оказываются люди с ВИЧ, является как правило - стрессовой. Такие люди постоянно чувствуют ощущение одиночества и барьера между собой и окружающими людьми, социумом. Можно говорить о том, что они демонстрируют снижение ценности своей личности и поэтому ориентируются в своих действиях и поступках на мнение окружающих людей. Демонстрируют, скорее, пассивное отношение к жизненной ситуации, в их оценке многих жизненных событий преобладает пессимистическая позиция.

ВИЧ-инфицированные с различной степенью иммуносупрессии имеют значительные отличия (Таблица 1): в системе отношений к себе, своему здоровью, болезни, субъективной картине времени, жизненной позиции, использовании копинг-стратегий и защитных механизмов.

Уровень клеточного иммунитета оказался взаимосвязан с отношением к себе и своему телу, собственному здоровью, будущему, а также субъективной оценкой протяженности временной перспективы, чувством безнадежности, эмоциональным фоном, отношением к жизненной ситуации, использованием копинг - стратегий «дистанцирование», «поиск социальной поддержки».

ВИЧ-инфицированные с низкими иммунологическими показателями (показатели CD4 ниже 200 кл/мкл) демонстрируют состояние общего психологического неблагополучия, которое проявляется в значительном снижении самооценки, неудовлетворенности собой и своей судьбой в целом. А также в фактическом отнесении себя к категории фаталистов, то есть людей, неспособных что-либо изменить в своей жизни и занимающих пассивную жизненную позицию, без какой-либо мотивации, направленной на улучшение жизненной позиции.

ВИЧ-инфицированные с благополучными показателями иммунитета (уровень CD4 выше 500) настроены значительно более оптимистично в отношении себя и своего будущего. Они верят в свои силы и возможности, готовы преодолевать препятствия и бороться за свою жизнь, тем самым, демонстрировали более активную жизненную позицию, которая получает конкретную реализацию в борьбе с болезнью. ВИЧ-положительные пациенты с высокими иммунологическими показателями чаще других используют социальный ресурс (поддержку) как дополнительный фактор при столкновении с жизненными трудностями.

Для ВИЧ-позитивных с крайне низкими иммунологическими показателями характерна фиксация на прошлом, на жизни до момента инфицирования, которая кажется более значимой и полноценной, что в свою очередь ведет к пессимистичному отношению к настоящей жизни, отсутствию веры в будущее. В результате они прямо или косвенно

демонстрируют отказ и нежелание решать проблему лечения и принимать ответственность на себя за свое здоровье.

**Таблица 1. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов (Зайцева Т., 2012г.)**

Общие характеристики ВИЧ-инфицированных	ВИЧ-инфицированные с низкими показателями иммунитета	ВИЧ-инфицированные с высокими показателями иммунитета
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ощущение зависимости от социальной среды</li> <li>- отсутствие способности к самостоятельным поступкам в жизни</li> <li>- ответственность за происходящее склонны перекладывать на других людей и сложившиеся обстоятельства</li> <li>- в своей модели поведения воспроизводят стратегию и стереотипы, усвоенные ранее, и не стремятся их менять, даже если они неэффективны</li> <li>- склонны поступать «как все», «как надо», «как привыкли»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- склонны демонстрировать пассивное отношение к жизненной ситуации</li> <li>- преобладает пессимистическая позиция</li> <li>- склонность во всем видеть плохое</li> <li>- характерно отсутствие веры в возможность успешного преодоления препятствий</li> <li>- все события, связанные с будущим, они видят в более мрачных красках</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- в сложных жизненных ситуациях больше ориентированы на поиск информационной, действенной и эмоциональной поддержки</li> </ul>

.Сравнение характеристик доминирующего психоэмоционального состояния при разделении пациентов по полу (Таблица 2), показало, что у мужчин достоверно ниже, чем у женщин средние показатели «Бодрости», «Спокойствия», «Устойчивость эмоционального тона», «Удовлетворённость жизнью в целом», «Положительный образ себя».

ВИЧ-инфицированные мужчины и женщины отличаются по актуальному психологическому состоянию, самовосприятию, отношению к здоровью, телесному «Я».

**Таблица 2. Гендерные психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов (Зайцева Т., 2012г.)**

<b>ВИЧ-инфицированные мужчины</b>	<b>ВИЧ-инфицированные женщины</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- преобладает отрицательный эмоциональный фон, пониженное настроение</li> <li>- свойственна большая разочарованность жизнью</li> <li>- смысл будущего видится недостаточно ясно</li> <li>- склонны испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций</li> <li>- характерно ожидание событий с неблагоприятным исходом</li> <li>- эмоциональная устойчивость и удовлетворенность жизнью в целом ниже, чем у женщин</li> <li>- ярко выражено снижение волевого потенциала</li> <li>- фиксированы на своих психологических особенностях, мужской несостоятельности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- более критично настроены к происходящему, в частности, к себе, своему здоровью, телу</li> <li>- понятие «Здоровье» отражает неудовлетворенность собственным состоянием здоровья, которое воспринимается как слабое и уязвимое</li> </ul>

В своей модели поведения ВИЧ-инфицированные пациенты воспроизводят стратегию и стереотипы, усвоенные ранее, и не стремятся их менять, даже если они неэффективны.

Психологическими факторами, значимыми в развитии ВИЧ-инфекции являются: жизненная позиция, психоэмоциональное состояние, система отношений к своему здоровью, осознание его ценности, активная позиция по отношению к болезни, уровень самооценки, отношение к прошлой жизни, ориентация на здоровое будущее, способы совладания со стрессом (Зайцева Т., 2012).

Психологический ресурс ВИЧ-инфицированных может быть представлен системой психологических характеристик, определяющих возможность успешного преодоления сложных жизненных ситуаций и кризисных состояний, включая тяжелые соматические заболевания. Эмпирическое изучение этой системы на примере ВИЧ-инфицированных



показало, что оно включает в себя оптимистичное эмоциональное состояние, активную жизненную позицию, положительное отношение к себе, осознание ценности и значимости здоровья, трезвый и реалистичный подход к ВИЧ – положительному статусу, четкий образ будущего и позитивное отношение к нему, а также готовность использовать социальную поддержку, как дополнительный социальный ресурс (Зайцева Г., 2012).

Стоит обратить внимание на консультирование по вопросам приема терапии и по поводу нетрадиционных методов лечения. На этом этапе также сохраняет актуальность консультирование, направленное на профилактику суицидального поведения, однако наиболее часто врачу приходится встречаться с консультированием по поводу назначения лечения. Особое место в системе консультирования занимает консультирование при назначении комбинированной антиретровирусной терапии. При большинстве острых и хронических заболеваний с неблагоприятным прогнозом решение о проведении терапии представляет собой нелегкий компромисс между увеличением продолжительности жизни пациентов и ее качеством. Опыт назначения ВИЧ-инфицированным пациентам так называемой высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ) наглядно показал недостаточность обычной модели принятия врачом решения о назначении терапии. Согласно этой модели, вовлечение самого пациента в лечебный процесс ограничено получением согласия на предлагаемое врачом лечение и выполнением врачебных предписаний (Moatti J.-P. et al., 2000). ВИЧ-инфицированные пациенты создали прецедент, когда для достижения устойчивого терапевтического результата им необходимо длительное время принимать большое количество лекарств, соблюдая строго регламентированные предписания («приверженность терапии»). Приверженность терапии означает, что пациент вовремя принимает лекарство, принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе, а также соблюдает рекомендации по диете. Очевидно, что идеальная цель представляет собой достижение стопроцентной приверженности, однако при любом хроническом заболевании достижение подобного результата очень трудно и употребление 80% назначенных врачом лекарств считается хорошей приверженностью. В случае же инфекции ВИЧ такая «хорошая приверженность» приводит в конечном итоге к развитию резистентности и терапевтической неудаче. Повышение приверженности на 10% приводит к снижению риска прогрессирования заболевания на 21%, а ее снижение на 10% увеличивает риск прогрессирования на 16% (Chesney M. A. et al., 2001). Приверженность зависит от уровня стресса, который испытывает пациент и эффективности его преодоления, веры в эффективность терапии, состояния баланса между ощущаемой выгодой от приема терапии и наличием ограничений, которые накладывает ее прием, а также от наличия социальной поддержки.

Факторы, которые могут оказать влияние на приверженность, можно условно разделить на социо-демографические (невысокий образовательный

уровень, бездомность, молодой возраст и пр.), а также связанные с наличием психических заболеваний (особенно часто депрессии) и наркозависимости. Следует также учитывать, что такие особенности психического состояния пациентов, как переживание тревоги, подавленности, болевых ощущений могут привести к снижению приверженности. Пониженная самооценка и употребление алкоголя тоже являются неблагоприятными факторами. В исследованиях зарубежных авторов (М. А. Chesney с соавт.), посвященных изучению приверженности, отмечено, что такие факторы, как наличие побочных эффектов терапии и даже хорошее самочувствие пациентов могут служить причиной плохой приверженности ВААРТ. Знание этих факторов может оказаться полезным при прогнозировании приверженности терапии и проведении консультирования (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015).

Наличие ВИЧ-положительного статуса является причиной тяжелых переживаний и негативных чувств у большей части ЛЖВ (85,1%). Этот показатель можно рассматривать как индикатор уровня психологического неблагополучия в сообществе ЛЖВ. Многие из ЛЖВ сформировали негативное отношение к ВИЧ еще до того, как узнали о своем диагнозе, поэтому такие чувства и переживания могут быть вызваны как действиями других людей, так и собственным, ранее сформированными страхами, уже направленными на себя. Негативное психологическое состояние характерно для большинства людей, живущих с ВИЧ, оказывает существенное влияние на важнейшие составляющие жизнедеятельности этих людей (отказ от семьи, отказ от медицинской помощи, потеря работы/снижение дохода, самоизоляция и другие), в конечном итоге существенно снижает качество жизни ЛЖВ. Поэтому оказание психологической помощи в части коррекции психологического состояния; оказание психотерапевтической/психиатрической помощи в части лечения психических расстройств в более тяжелых случаях людям, живущим с ВИЧ, следует рассматривать: во-первых, как необходимый элемент системы медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ; во-вторых, как важнейший фактор обеспечения нормального качества жизни ЛЖВ. Особой проблемой в жизни ЛЖВ является соблюдение режима профилактических осмотров и лечения в связи с ВИЧ-инфекцией, а именно: регулярное посещение врача-инфекциониста и лабораторных обследований согласно его рекомендациям, сохранение приверженности АРТ, то есть прием препаратов АРТ без пропусков. Эта проблема, в первую очередь, связана с соблюдением самими ЛЖВ рекомендаций врача инфекциониста (Кечина Е., 2014).

Диагноз ВИЧ-инфекция может вызвать у человека хронический стресс и вполне естественное беспокойство о своем здоровье. Люди, живущие с ВИЧ, часто переполнены негативными чувствами, которые влияют на их отношение к своему психическому и физическому здоровью. Со временем подобные мысли могут ослабить чувство реальности и способность здраво относиться к своему ВИЧ-статусу. Для человека, узнавшего о своем

положительном ВИЧ-статусе, вполне естественно стать мнительным, впасть в ипохондрию (Тарантул В., 2005).

Многолетнее изучение особенностей социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных пациентов на различных этапах их жизни показало наличие взаимосвязи между течением заболевания и тем, как пациенты приспосабливаются к новым условиям существования (Беляева В. В., 1999, 2000). Было обнаружено существование трех основных периодов в жизни людей, инфицированных ВИЧ, когда они особенно психологически уязвимы и нуждаются в поддержке. Установление диагноза инфекции ВИЧ осуществляется специалистами центров профилактики и борьбы со СПИДом на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Установление диагноза инфекции ВИЧ является чрезмерно тяжелым стрессорным фактором, поэтому первый чувствительный период, когда пациенты особенно психологически уязвимы, отмечается при установлении диагноза инфекции ВИЧ. Сообщение диагноза приводит к психической травме. При этом соматическое состояние пациентов в период установления диагноза инфекции ВИЧ часто можно квалифицировать как удовлетворительное. На первый план выступают эмоциональные переживания, приводящие к повышению риска развития различных форм суицидального поведения.

В это время пациенты испытывают тревогу (по поводу нарушения конфиденциальности, из-за невозможности что-либо изменить), страх (заражения близких, смерти), опасения (по поводу доступности лечения). Им также присуще чувство утраты (планов на будущее, положения в обществе, финансовой стабильности и независимости, физической привлекательности), печаль (по поводу ожидаемых или свершившихся потерь), вина (по отношению к людям, которых они могли заразить), угрызения совести (из-за поведения, приведшего к инфицированию), а также агрессивность (в отношении предполагаемого источника заражения). Агрессивность по отношению к предполагаемому источнику заражения является психологически понятной и не патологической реакцией на психическую травму, связанную с обнаружением факта инфицированности ВИЧ. При этом на практике агрессивность, как правило, ограничивается словесными угрозами по адресу вероятного источника заражения. В среднем человеку требуется около 6 месяцев для того, чтобы свыкнуться с мыслью об инфекции ВИЧ. В это время примерно каждый пятый из тех, кому установили диагноз инфекции ВИЧ, думает о самоубийстве (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015).

Нарушения, появившиеся вследствие жизненных обстоятельств, могут принять форму нарушения адаптации, также известной как деморализация. Деморализация имеет множество симптомов, схожих с депрессией, включая печаль, чувство беспомощности и нарушение сна, но лечится с помощью психотерапии, а не медикаментами. У пациентов с ВИЧ/СПИДом,

деморализация происходит из-за особой формы хронической болезни, социальной стигмы и процесса принятия гибели. Острый стресс также часто встречается у ЛЖВС сразу же после установления диагноза и по мере проявления первичных симптомов. В соответствии с МКБ-10, острые стрессовые реакции являются «быстротечным расстройством значительной тяжести, которое развивается у больного в отсутствие психиатрического фона в ответ на исключительный физический или психический стресс и которое обычно проходит в пределах нескольких часов или дней». Этот термин соответствует определению «острых кризисных реакций», которое иногда используется в литературе. В клинической картине ВИЧ-ассоциированных психогенных расстройств можно выделить состояние «изумления», в котором субъект чувствует себя смущенным и озадаченным, когда мысли находятся в состоянии смятения, и в котором могут случаться дереализация с деперсонализацией, что считается часто начальной реакцией на ВИЧ-инфекцию. Среди других эмоциональных и поведенческих реакций могут встречаться: ярость (при ситуации, когда невозможно изменить обстоятельства; при получении нежелательного известия от сотрудников), которая может выражаться словесной или физической агрессией и быть направленной против любого объекта; отчуждение (отдаление от близких, потеря интереса к контактам с людьми, «попытка спрятаться под кровать»); чувство вины (поиск причины, по которой пациент может быть отвергнутым, приводит к появлению веры в то, что заболевание является наказанием за гомосексуализм или употребление наркотиков); отрицание (чувство безразличия, которое может привести к пренебрежению лечением); страх (смерти, обезображивания, потери способностей и т.д.); отчаяние. Эти реакции могут повлечь за собой появление соматических симптомов, которые могут интерпретироваться больным как свидетельство физического распада. Уведомление о ВИЧ-инфекции может сопровождаться суицидальными желаниями или попытками, а также действиями, которые могут повлечь за собой физическое повреждение или смерть. В отсутствие адекватного вмешательства острые стрессовые реакции могут продолжаться несколько дней. Выявлено, что эти реакции могут быть выявлены почти у 90 % субъектов, недавно информированных о ВИЧ-серопозитивности. (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015).

Депрессия – самое частое психическое расстройство у ВИЧ-инфицированных, которое выявляется примерно у 60% больных. Нарушение может быть эпизодическим или хроническим и характеризуется потерей удовлетворения от деятельности, которые когда-то приносили удовлетворение, угнетающей печалью, чувством вины и ненавистью к самому себе. Диагностика депрессии может быть трудной, так как она объединяет в себе несколько симптомов (например, усталость, потеря веса и т. д.) с общим подавлением иммунной системы, вызванным этим вирусом. Риск депрессии у серопозитивных пациентов удваивается, причем данный

факт не зависит от сексуальной ориентации. Депрессия вероятнее всего диагностируется и ассоциируется с присутствием личностных расстройств и низкой социальной поддержкой. Поэтому риск самоубийств у ВИЧ инфицированных выше, чем у населения в целом. Пик суицидов приходится на первые 2 года после постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Следует отметить, что ряд антиретровирусных препаратов (ифавиренц; саквинавир; атазанавир; ставудин; зидовудин) обладают депрессогенным эффектом и могут потенцировать или усиливать уже имеющуюся депрессию (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А, Я., 2015).

Депрессия встречается у каждого десятого ВИЧ-положительного, что гораздо больше, чем в среднем в населении. На стадии СПИДа депрессия наблюдается у 30% людей. Причиной депрессии также могут быть некоторые оппортунистические, или другие инфекции, например, хронические гепатиты В или С. Также некоторые лекарственные препараты могут вызывать депрессию у некоторых людей. Часто депрессия возникает, если человек испытывает "конфликт ролей", если не чувствует себя "самим собой". Например, если человек скрывает свой ВИЧ-статус от всех окружающих и семьи, и это является причиной частого беспокойства, это может привести к депрессии. При хроническом стрессе причиной депрессии является такое явление как "приобретенная беспомощность". Это означает, что человек внутренне смирился с тем, что ничего не может сделать с ежедневными неприятностями. При приобретенной беспомощности человек смотрит на мир пессимистично и не верит в собственную способность справиться с проблемами. Часто говорится, что при ВИЧ важно контролировать свою жизнь и быть активным в отношении собственного здоровья. Действительно, исследования показывают, что люди с ВИЧ, которые занимают пассивную позицию в отношениях со своим врачом и вообще в отношении лечения, чаще страдают от стрессов, так как не чувствуют контроля в отношении ВИЧ-инфекции (Богомазова А. В., Мелешко Л. А., Скрягина Е. М., Астровко А. П., Гуревич Г. Л., Ждановская О. М., 2005).

Значительное преобладание высокой личностной тревожности у 60% ВИЧ-инфицированных больных обуславливается тем, что пациенты склонны воспринимать большинство ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги, которое представляет собой негативное по окраске эмоциональное состояние, включающее чувство напряжения, опасения и беспокойства. У большинства ВИЧ-инфицированных больных в структуре психического состояния определяется снижение фона настроения, уровня активности, работоспособности, побуждений и способности к адекватному эмоциональному реагированию, сопровождающихся переживанием недостаточной ценности собственной личности; пессимистической оценкой перспективы, психастеническими затруднениями в ситуациях принятия решений и межличностного взаимодействия. В силу своей несамостоятельности, зависимости и привязанности к группе, больные с ВИЧ-

инфекцией нуждаются в постоянной опоре, поддержке окружающих, потому что у них отсутствуют инициатива и смелость в выборе собственной линии поведения. Исследования механизмов психологической защиты ВИЧ-инфицированных больных показывают наличие механизмов: «Отрицание», «Вытеснение», «Компенсация» и «Регрессия», что свидетельствуют об отрицании фрустрирующих обстоятельств и тех аспектов внешней реальности, которые не признаются самой личностью; вытеснении неприемлемых для личности желаний, мыслей и чувств, вызывающих тревогу; о попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка другим качеством, с целью купировать тревогу путем использования более простых и привычных поведенческих стереотипов, а также путем подавления эмоций. Копинг-стратегии, используемые ВИЧ-инфицированными больными, не являются нозоспецифическими и, в большинстве своем, относятся к характерным для здоровых людей (Конфронтативный копинг, Дистанцирование, Самоконтроль, Поиск социальной поддержки, Принятие ответственности, Бегство – избегание, Планирование решения проблемы, Положительная переоценка) способам совладания со стрессом. Вместе с тем, репертуар копинг-стратегий пациентов с ВИЧ-инфекцией имеет свои особенности, заключающиеся в более частом использовании одних копинговых стратегий (Дистанцирование, Бегство-избегание и Конфронтативный копинг) и дефиците других (Планирование решения проблемы, Положительная переоценка, Поиск социальной поддержки, Самоконтроль», Принятие ответственности), направленных на поиск социальной поддержки, регулирование своих чувств и действий, а также признание своей роли в проблеме с попытками ее решения (Тухтарова И. В., 2003).

Психоэмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных мужчин отличается от состояния ВИЧ-инфицированных женщин и проявляется в отрицательном эмоциональном фоне, пониженном настроении, тревоге в отношении большинства событий, снижении эмоциональной устойчивости. ВИЧ-инфицированные женщины достоверно более критично настроены к происходящему, в частности, к себе и своему телу. Характерна неудовлетворенность собственным состоянием здоровья, которое воспринимается как слабое и уязвимое (Зинченко А. И., 2008).

В диссертации Зайцевой И. В. (2002) констатируется, что многие личностные особенности ВИЧ-инфицированных осужденных обусловлены их образом жизни до лишения свободы. Отношение этих лиц к себе и предопределило появление у них ВИЧ-инфекции. Большинство из них (89 %) были зависимы от наркотических средств и психотропных веществ. Свыше 68,7% ВИЧ-инфицированных осужденных знали о последствиях наркотизации и возможном заражении ВИЧ-инфекцией и продолжали употреблять наркотики. Обращает на себя внимание и определенная зависимость личностных установок от формы их преступного поведения до лишения свободы. Длительный прием наркотических веществ ведет к полной

деградации личности, утрате всех интересов (кроме интереса к наркотику), готовы совершить любое противоправное деяние, лишь бы получить необходимую дозу наркотика.

Психоэмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных мужчин отличается от состояния ВИЧ-инфицированных женщин и проявляется в отрицательном эмоциональном фоне, сниженном настроении, тревоге в отношении большинства событий, снижение эмоциональной устойчивости (Зинченко А. И., 2008).

Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных характеризуются социальной пассивностью, замкнутостью, конфликтностью, агрессивностью, необоснованными лидерскими устремлениями, высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, замкнутостью, переживанием недостаточной ценности собственной личности. Они чаще используют уход от проблем, что отражает склонность к мысленным стремлениям и поведенческим усилиям, направленным на избегание или бегство отрешения. Это обуславливает высокий уровень напряженности и увеличивает риск возникновения нарушений психической адаптации и социализации. Эмоциональное самочувствие ВИЧ-положительных лиц, проявляющееся в эмоциональном дискомфорте, низкой степени удовлетворённости отношениями с окружающими, социальным статусом, реализацией основных потребностей, самореализацией требует не менее серьёзного внимания, чем физическое (Кудрич Л. А., Брызгин М. Б., Ефремова Е. Н., 2015).

Исследование компонентов адаптационной системы личности наркозависимых подростков с различным ВИЧ-статусом показало, что у ВИЧ-позитивных достоверно преобладали протективные (незрелые) механизмы защиты – регрессия и реактивные образования, а у ВИЧ-негативных – более высокий показатель дефензивного (зрелого) механизма, а именно проекция. Исключение из выявленной закономерности составил механизм защиты «замещение», который преобладает у ВИЧ-позитивных. Основанный на механизме смещенной агрессии, он клинически выражается в эксплозивных формах поведения, сопровождающихся импульсивностью, некритичностью, и, как следствие, повышенной уязвимостью в отношении ВИЧ-инфицирования. Таким образом, «заместительные» формы психического реагирования могут иметь отношение к психопатологическим основам поведения высокого риска ВИЧ-инфицирования (Гречаный С. В., 2012).

По мнению ряда исследователей, ВИЧ-инфицированные женщины более склонны к дезадаптации, это касается как в целом способов совладания, так и отдельных его разновидностей. Есть данные, что такой дезадаптивный тип копинга, как бегство-избегание более характерен для женщин, чем для мужчин (Moskowitz J.T., Hult J.R., Bussolari C. et al., 2009).

Одной из важных характеристик, влияющих на уровень психологической адаптации больных с ВИЧ-инфекцией, является тип отношения к болезни. Исследование с помощью методики «ТОБОЛ» показало, что для ВИЧ-инфицированных характерен дезадаптивный смешанный тип, включающий черты эйфорического, сенситивного и апатического вариантов (Ткаченко Т. Н., Фишман Б. Б., Фоменко Л. А., Леонтьева Е. П., 2010).

Считается, что в настоящее время основной задачей врача, осуществляющего лечение больного, является не только медикаментозное лечение, но и помощь пациенту в оптимизации его качества жизни (КЖ). Поэтому важность подобной комплексной оценки больных ВИЧ-инфекцией определяется еще и тем, что поддержание КЖ пациентов на определенном уровне, наряду с выживаемостью, в настоящее время отражает как способность больного адаптироваться к проявлениям своей болезни, так и качество его медико-психологического сопровождения (Улюкин И. М., 2009).

Психологическая дезадаптация ВИЧ-больных, связанная с ухудшением качества жизни, встречается на всех этапах заболевания. Несмотря на успехи в лечении ВИЧ/СПИДа, угрозу для здоровья ВИЧ-инфицированных по-прежнему представляют симптомы острого и/или хронического психосоциального стресса, в происхождении которого играет роль комплекс психотравмирующих факторов, с которым сталкивается больной, включая изоляцию, стигматизацию, переживания неизбежной смерти и др. Так, показано, что психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных подростков в значительной мере зависит от экстраинфекционных факторов социально-демографического порядка, таких как условия проживания, безнадзорность, нищета, правовой статус, доступность медицинской помощи и социальной поддержки (Ланга А. П., 2006).

В настоящее время ВОЗ и UNAIDS (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД) разработали модель «непрерывного ухода», используемая для лечения ВИЧ-больных и отвечающая задачам поддержания их социально-психологических потребностей в ходе лечения пациента. К средствам обеспечения сохранности психического здоровья у ВИЧ-инфицированных относятся: 1) стратегия снижения стигматизации с целью повышения осведомленности о ВИЧ-инфекции, изменения отношения к ВИЧ-инфицированным и минимизации барьеров на пути доступа к уходу за больными. Целью является расширение вовлеченности ВИЧ-инфицированных в процесс курации и лечения; 2) целенаправленное скрининговое тестирование на ВИЧ лиц с психическими расстройствами; 3) организация групп послетестовой поддержки с целью оказания психологической поддержки и стимулирования поведенческих изменений путем мобилизации ресурсов сообщества. Участие в таких группах повышает социальную поддержку в восприятии пациента и увеличивает его приверженность лечению; 4) социально-психологическая поддержка,



включающая индивидуальное, семейное или групповое консультирование, занятия по профилактике и преодолению стрессовых ситуаций, обучающие занятия, группы взаимопомощи и др. Поведенческие аспекты ВИЧ-инфицирования играют важную роль на всех этапах развития заболевания. Они включают в себя психологическую готовность к поведению, сопровождающемуся высоким риском заражения вирусом, психологическую адаптацию к заболеванию, включая механизмы регуляции стресса (психологические защиты, преодолевающее поведение) и, наконец, психологические основы приверженности лечению, которые определяют соблюдение лечебно-режимных и профилактических моментов у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Тесная связь ВИЧ-инфекции с психическими расстройствами (болезни зависимости, расстройства личности, расстройства поведения у подростков и др.) диктует необходимость решения вопросов психологической адаптации пациентов и их эпидемиологической безопасности в практической работе врачей-психиатров и клинических психологов (Гречаный С., Егоров А., 2013).

### **Глава 3. Изучение эмоционально-волевых особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов.**

Данное исследование продолжает работу, начатую в курсовых работах. В результате проведённых пилотажных исследований были выявлены следующие эмоционально-волевые особенности ВИЧ-инфицированных пациентов:

1. Признаки депрессии в умеренной и выраженной степени;
2. Высокая ситуативная и личностная тревожность;
3. Эмоциональная устойчивость с признаками импульсивности в стрессовых ситуациях;
4. Закрытость эмоциональных реакций;
5. Эгоцентричность;
6. Высокий уровень самоконтроля;
7. Характерно планирование решения проблемы и её переоценка;
8. Адекватность отношения к болезни (возможно признаки отрицания и ухода в работу).

В целом можно предположить, что:

- ВИЧ-инфицированные пациенты имеют высокий уровень тревожности (ситуативная и личностная) и имеют умеренную и высокую степень депрессивных состояний.

- Употребление наркотиков влияет на повышение показателей эмоциональной сферы, таких как: депрессия, тревожность (ситуативная и личностная).
- Употребление наркотиков влияет на снижение волевой регуляции человека.
- Существует взаимосвязь между копинг-стратегиями и механизмами саморегуляции.

Данные предположения, существующие литературные данные и результаты предыдущих курсовых работ легли в основу гипотез настоящего исследования.

### **3.1. Программа исследования**

**Цель дипломной работы** – изучение эмоционально-волевых особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов.

#### **Задачи:**

- Сравнить эмоционально-волевые особенности группы наркопотребителей и тех, кто ранее не употреблял психоактивные вещества (ПАВ);
- Сравнить показатели в зависимости от половой принадлежности;
- Сравнить показатели в зависимости от длительности знания диагноза;
- Провести корреляционный анализ «Копинг-теста Лазаруса» и методики «Стиль саморегуляции поведения»;
- Определить влияние длительности знания диагноза на копинг-стратегии.

**Объект исследования** – ВИЧ-инфицированные мужчины и женщины в возрасте от 20 до 45 лет, амбулаторно посещающие Центр по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями в Санкт-Петербурге.

**Предмет исследования** – эмоционально-волевые особенности и личностные характеристики.

#### **Гипотезы исследования:**

1. Употребление наркотических веществ влияет на повышение показателей эмоциональной сферы, таких как: уровень депрессии, тревожности (ситуативной и личностной);
2. Употребление наркотических веществ влияет на снижение волевой регуляции человека;
3. Пациенты, которые знают о своём диагнозе меньше 1 года, имеют более высокий уровень тревожности;

4. Существует взаимосвязь между копинг-стратегиями («Конфронтация», «Принятие ответственности», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка») и механизмами саморегуляции.

#### **Методики исследования:**

1) **Анонимная анкета** – была разработана для данного исследования для изучения социально-демографических характеристик, истории употребления наркотиков и длительности знания о диагнозе ВИЧ.

2) **Шкала депрессии Бека** – диагностика уровня депрессии.

(Beck Depression Inventory) предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

3) **Шкала Спилбергера-Ханина** - определение личностной и ситуативной тревожности - (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) является информативным способом самооценки как уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), так и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Тест разработан Чарльзом Спилбергером (Charles Spielberger). Русскоязычная адаптация сделана Ю. Л. Ханиным.

Тест состоит из 40 утверждений, разделённые на две группы: Ситуативная тревожность и Личностная тревожность. Необходимо выбрать один из четырёх вариантов ответов на каждое утверждение.

4) **Копинг-тест Лазаруса** - методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С.

Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году.

Испытуемому предлагаются 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Испытуемый должен оценить, как часто данные варианты поведения проявляются у него.

### **Описание субшкал**

1. Конфронтация. Разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий;

2. Дистанцирование. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее;

3. Самоконтроль. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию;

4. Поиск социальной поддержки. Разрешение проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки;

5. Принятие ответственности. Признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения;

6. Бегство-избегание. Преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п.;

7. Планирование решения проблемы. Преодоление проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов;

8. Положительная переоценка. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

**5) Тест Большая пятерка (Big five) – форма S. Пятифакторный личностный опросник - Методика диагностики личностных факторов темперамента, характера (5PFQ).**

Пятифакторный личностный опросник или тест Большая пятерка (Big five), разработан американскими психологами Р. МакКрае и П. Коста в 1983-1985 гг. Позднее методику дорабатывали и в окончательном виде он был представлен NEO-личностным опросником или NEO-PI-R (от англ. Нейротизм, экстраверсия, открытость – личностный опросник). Авторы опросника Р. МакКрае и П. Коста убеждены, что выделенных пяти независимых переменных, точнее личностных факторов темперамента и характера (нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность) достаточно для объективного описания психологического портрета - модели личности. Предназначен для измерения пяти основных личностных переменных, составляющих базовые шкалы опросника, и достаточно большого количества других черт личности, составляющих подшкалы опросника, включенные в каждую из пяти базовых шкал. Объединенные в целостную систему, 5 основных шкал и 30 подшкал NEO-PI-R позволяют достаточно широко продиагностировать личность взрослого человека.

В данном исследовании использовалась сокращенная форма опросника NEO-FFI-S, адаптированная к использованию в России и состоящая из 60 утверждений, позволяющих оценить 5 основных шкал Она предполагает оценку человеком своих собственных личностных характеристик и пригодна для диагностики мужчин и женщин всех возрастов.

#### Шкалы:

- (N) Нейротизм - Содержание данной шкалы в самом общем смысле представляет собой своеобразное противопоставление параметру приспособленности и общей эмоциональной стабильности личности. В целом, она измеряет именно неумение приспособляться к жизни, которое и было определено как нейротизм.
- (E) Экстраверсия – определяет черту характера экстраверт или интроверт.
- (O) Открытость Опыту - элементы открытости опыту, такие как, активное воображение, эстетическая чувствительность, внимание к чувствам других, предпочтение разнообразия, гибкость ума и независимость в суждениях и оценках.
- (A) Сотрудничество - отражает особенности межличностного взаимодействия.
- (C) Добросовестность – оценка индивидуальных различий при активных процессах планирования, организации и выполнения деятельности и отдельных её заданий.

## **б) Опросник «Стиль саморегуляции поведения»**

Опросник был создан в 1988 году в Психологическом институте РАО в лаборатории психологии саморегуляции (заведующая - В.И. Моросанова) и пригодна как для научных исследований, так и в качестве инструмента практической диагностики различных аспектов индивидуальной саморегуляции. Утверждения опросника построены на типичных жизненных ситуациях и не имеют непосредственной связи со спецификой какой-либо профессиональной или учебной деятельности. Цель методики - это диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств - гибкости и самостоятельности.

Опросник ССПМ состоит из 46 утверждений и работает как единая шкала «Общий уровень саморегуляции» (ОУ), которая характеризует уровень сформированности индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности человека. Утверждения опросника входят в состав шести шкал (по 9 утверждений в каждой), выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами планирования (Пл), моделирования (М), программирования (Пр), оценки результатов (Ор), а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости (Г) и самостоятельности (С). Структура опросника такова, что ряд утверждений входят в состав сразу двух шкал. Это относится к тем утверждениям опросника, которые характеризуют как регуляторный процесс, так и регуляторно-личностное качество.

Описание шкал опросника:

- Шкала "Планирование" (Пл) характеризует индивидуальные особенности выдвижения и удержания целей, сформированность у человека осознанного планирования деятельности.
- Шкала "Моделирование" (М) позволяет диагностировать индивидуальную развитость представлений о внешних и внутренних значимых условиях, степень их осознанности, детализированности и адекватности.
- Шкала "Программирование" (Пр) диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком своих действий.
- Шкала "Оценивание результатов" (Ор) характеризует индивидуальную развитость и адекватность оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности и поведения.
- Шкала "Гибкость" (Г) диагностирует уровень сформированности регуляторной гибкости, то есть способности перестраивать, вносить

коррекции в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий.

- Шкала "Самостоятельность" (С) характеризует развитость регуляторной автономности.

Опросник в целом работает как единая шкала "Общий уровень саморегуляции" (ОУ), которая оценивает общий уровень сформированности индивидуальной системы, осознанной саморегуляции произвольной активности человека.

Для обработки результатов исследования были использованы методы статистической обработки данных. Статистический анализ данных проводился путем сравнения медиан в группах с помощью теста Манна-Уитни, теста Краскала-Уоллиса (попарные апостериорные сравнения производились с помощью метода Неменьи). Различия признавались статистически значимыми на уровне  $p < 0,05$ . Для оценки корреляций между количественными показателями использовался коэффициент Спирмена. Корреляции признавались статистически значимыми на уровне  $p < 0,05$ .

Расчёты выполнялись в R (версия 3.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

Исследование проведено в соответствии с Европейской Конвенцией об участии в исследованиях и действующим законодательством РФ.

### **3.2. Результаты исследования**

В исследовании приняли участие 52 человека.

Социально-демографические и поведенческие особенности выборки:

- 27 (52%) женщин и 25 мужчин (48%);
- 26 (50%) наркопотребителей (потребители каннабиоидов, амфетамина и опиатов); 26 (50%) без употребления наркотических веществ в анамнезе;
- 43 (83%) человек в возрастном диапазоне 26-39; 6 человек старше 40 лет (11%); 3 человека младше 25 лет (6%);
- Длительность знания о диагнозе ВИЧ: 5 человек - <1 года (10%); 7 человек - 1-2 года (13%); 5 человек - 3-5 лет (10%); 22 человека - > 5 лет (42%); 13 человек - > 10 лет (25%);
- Опросник «Стиль саморегуляции поведения» - выполнили 28 человек (54%).

Критерии включения в выборку:

- диспансерный учёт в СПИД-центре;
- наличие ВИЧ-инфекции;

- 18 лет и старше;
- информированное согласие.

Был проведен сравнительный анализ показателей по следующим группам:

- По употреблению ПАВ: «Потребители ПАВ» и «Не употреблявшие ПАВ»;
- По половой принадлежности: «Мужчины» и «Женщины»;
- По длительности знания диагноза: «меньше 1 года», «1-2 года», «3-5 лет», «больше 5 лет», «больше 10 лет».

Средние значения всей выборки, которые приведены в Приложении 2, указывают на то, что все ВИЧ-инфицированные пациенты данной выборки имеют высокие значения по показателям тревожности (личностной и ситуативной) и эмоционального напряжения (нейротизм); обладают такими защитными копинг-стратегиями, как: «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка»; а также обладают высоким общим уровнем саморегуляции своего поведения.

Количественные показатели по группе потребителей ПАВ и не употреблявших ПАВ представлены в Таблице 3.

Сравнение медиан количественных показателей в группах «Потребители ПАВ» и «Не употреблявшие ПАВ» позволило выявить значимые различия по 9 из них: уровень депрессии (шкала депрессии Бека), личностная тревожность, ситуативная тревожность (опросник Спилбергера-Ханина), копинг-стратегия «Поиск социальной поддержки», копинг-стратегия «Бегство-избегание» (Копинг тест Лазаруса), шкала «Нейротизм», шкала «Добросовестность» (опросник NEO-5), шкала «Планирование», Общий уровень саморегуляции (опросник «Стиль саморегуляции поведения») (Таблица 3).

В группе "Потребители ПАВ" наблюдались повышенные значения по уровню депрессии, ситуативной и личностной тревожности, копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки», копинг-стратегии «Бегство-избегание», шкале «уровень нейротизма» и пониженные значения по шкале «Добросовестность», "Планирование", общему уровню Саморегуляции по сравнению с группой "Не употреблявшие ПАВ".



**Таблица 3. Сравнение медиан количественных показателей в группах «Потребители ПАВ» и «Не употреблявшие ПАВ».**

	<b>Потребители ПАВ N=26</b>	<b>Не употреблявшие ПАВ N=26</b>	<b>P</b>
<b>Депрессия</b>	<b>17</b> [12; 24]	<b>8.5</b> [4; 12]	<b>0.0001</b>
<b>Спилбергер Ситуативная тревожность</b>	<b>48</b> [43; 57]	<b>31.5</b> [27; 42]	<b>&lt;0.0001</b>
<b>Спилбергер Личностная тревожность</b>	<b>55</b> [48; 58]	<b>38.5</b> [35; 46]	<b>&lt;0.0001</b>
Конфронтация	55 [50; 67]	52 [43; 61]	0.2
Дистанцирование	50 [39; 61]	50 [37; 64]	0.8
Самоконтроль	71.5 [67; 78]	67.5 [57; 76]	0.3
<b>Поиск соц. поддержки</b>	<b>72.5</b> [61; 84]	<b>63</b> [50; 72]	<b>0.008</b>
Принятие ответственности	67.5 [59; 83]	70.5 [50; 84]	0.9
<b>Бегство-избегание</b>	<b>54</b> [41; 67]	<b>42</b> [32; 50]	<b>0.01</b>
Планирование решения проблем	72 [61; 83]	78 [66; 83]	0.5
Положительная переоценка	62 [48; 76]	62 [52; 69]	0.8
<b>Нейротизм</b>	<b>26</b> [19; 33]	<b>12.5</b> [10; 19]	<b>0.0001</b>
Экстраверсия	29.5 [23; 35]	30.5 [27; 35]	0.6
Открытость опыту	32 [28; 35]	29.5 [26; 36]	1
Сотрудничество	26 [20; 29]	29 [23; 34]	0.3
<b>Добросовестность</b>	<b>27.5</b> [24; 33]	<b>36.5</b> [34; 40]	<b>0.0002</b>
<b>Планирование</b>	<b>5</b> [3.5; 6]	<b>7</b> [6; 8]	<b>0.045</b>
Моделирование	6 [4; 7.5]	7 [5; 7]	0.8

Программирование	5 [4; 6.5]	7 [6; 8]	0.08
Оценивание результатов	5.5 [3.5;6.5]	7 [6; 8]	0.1
Гибкость	5 [3; 6.5]	6 [5.5;7]	0.1
Самостоятельность	3.5 [2;6.5]	6.5 [4.5; 8]	0.2
<b>Саморегуляция</b>	<b>25.5</b> <b>[20; 30]</b>	<b>35</b> <b>[28.5; 36]</b>	<b>0.03</b>

*Примечание: в таблице средние значения представлены в виде Медианы [Нижний квартиль; Верхний квартиль]; сравнение осуществлялось с помощью теста Манна-Уитни.*

Сравнение медиан количественных показателей в группах «Мужчины» и «Женщины» позволило выявить значимые различия по одному из них: шкала «Сотрудничество» (Таблица 4).

В группе "Женщины" наблюдались повышенные значения по шкале «Сотрудничество» по сравнению с группой "Мужчины".

**Таблица 4. Сравнение медиан количественных показателей в группах «Мужчины» и «Женщины».**

	<b>ж</b> <b>N=27</b>	<b>м</b> <b>N=25</b>	<b>P</b>
Депрессия	11 [7; 17]	12 [8; 19]	0.5
Спилбергер Ситуативная тревожность	43 [32; 48]	38 [30; 55]	0.8
Спилбергер Личностная тревожность	49 [40; 57]	45 [35; 54]	0.07
Конфронтация	50 [43; 61]	60 [50; 67]	0.08
Дистанцирование	44 [37; 61]	53 [44; 64]	0.2
Самоконтроль	71 [67; 81]	72 [62; 76]	0.7
Поиск соц. поддержки	72 [61; 80]	62 [50; 72]	0.1
Принятие ответственности	75 [57; 83]	67 [58; 83]	0.4
Бегство-избегание	50 [33; 61]	46 [37; 58]	0.5
Планирование решения проблем	72 [54; 83]	77 [70; 85]	0.1
Положительная переоценка	62 [52; 71]	62 [48; 71]	0.6
Нейротизм	19 [12; 28]	19 [10; 28]	1
Экстраверсия	31 [25; 35]	28 [23; 35]	0.5
Открытость опыту	33 [27; 36]	29 [26; 32]	0.1

<b>Сотрудничество</b>	<b>27 [25; 34]</b>	<b>23 [20; 32]</b>	<b>0.03</b>
Добросовестность	34 [25; 37]	34 [28; 40]	0.7
Планирование	7 [6; 8]	6.5 [5; 8]	0.5
Моделирование	6.5 [5; 7]	7 [5; 8]	0.7
Программирование	7 [4; 8]	7 [6; 8]	0.7
Оценивание результатов	7 [6; 8]	7 [5; 7]	0.3
Гибкость	7 [6; 8]	6 [5; 7]	0.2
Самостоятельность	4.5 [3; 8]	7.5 [6; 8]	0.09
Саморегуляция	33 [27; 36]	34 [29; 36]	0.9

*Примечание: в таблице средние значения представлены в виде Медиана [Нижний квартиль; Верхний квартиль]; сравнение осуществлялось с помощью теста Манна-Уитни.*

Сравнение медиан количественных показателей в группах по Длительности знания диагноза не выявило значимых различий (Приложение 3. Таблица 5). Позднее группы были разделены на две: «больше 5 лет» и «меньше 5 лет», где так же не выявилось значимых различий (Приложение 4. Таблица 6).

Помимо сравнения показателей по группам, был проведён анализ силы связи между: показателями опросника на тревожность Спилбергера-Ханина и шкалой «Нейротизма» личностного опросника NEO; показателями Копинг-теста Лазаруса и показателями опросника «Стиль саморегуляции поведения». Анализ производился с помощью коэффициентов корреляции. Для оценки корреляций между количественными показателями использовался коэффициент Спирмена. Корреляции признавались статистически значимыми на уровне  $p < 0,05$ .

Анализ корреляций.

Как видно из Таблицы 7, значимая связь обнаружена между следующими переменными:

- сильная связь между переменными не обнаружена;
- средняя связь обнаружена между переменными: копинг-стратегия «Планирование решения проблемы» и шкала «Моделирование», копинг-стратегия «Планирование решения проблемы» и шкала «Программирование», копинг-стратегия «Планирование решения проблемы» и общий уровень Саморегуляции; уровень Ситуативной тревожности и шкала «Нейротизм», уровень личностной тревожности и шкала «Нейротизм»;

- слабая связь обнаружена между переменными: копинг-стратегия «Конфронтация» и шкала «Самостоятельность», копинг-стратегия «Принятие ответственности» и Общий уровень Саморегуляции, копинг-стратегия «Планирование решения проблемы» и шкала «Планирование», копинг-стратегия «Положительная переоценка» и шкала «Оценивание результатов».

Все полученные коэффициенты характеризуются положительной связью - при увеличении одного из них, значения другого возрастают.

**Таблица 7. Статистически значимые связи между исследуемыми показателями**

Показатели	Коэффициент Спирмена	P
Конфронтация & Самостоятельность	0,39	<b>0,041</b>
Принятие ответственности & Саморегуляция	0,42	<b>0,024</b>
Планирование решения проблемы & Планирование	0,39	<b>0,041</b>
Планирование решения проблемы & Моделирование	0,50	<b>0,007</b>
Планирование решения проблемы & Программирование	0,67	<b>&lt;0,0001</b>
Планирование решения проблемы & Саморегуляция	0,60	<b>0,001</b>
Положительная переоценка & Планирование	0,41	<b>0,032</b>
Положительная переоценка & Оценивание результатов	0,43	<b>0,022</b>
Спилергер Ситуативная тревожность & нейротизм	0,65	<b>&lt;0,0001</b>
Спилбергер Личностная тревожность & нейротизм	0,66	<b>&lt;0,0001</b>

## **Выводы по результатам исследования**

1. ВИЧ-инфицированные пациенты, употребляющие наркотические вещества, имеют сниженный эмоциональный фон и сниженную волевую регуляцию поведения, по сравнению с ВИЧ-инфицированными, которые не употребляли ПАВ ранее в анамнезе;
2. ВИЧ-инфицированные женщины больше нацелены на сотрудничество, в отличие от мужчин;
3. У ВИЧ-инфицированных пациентов отмечается взаимосвязь между копинг-стратегиями поведения (Конфронтация, Принятие ответственности, Планирование решения проблемы, Положительная переоценка) и механизмами саморегуляции поведения (Саморегуляция, Планирование, Моделирование); между тревожностью (Ситуативная и Личностная тревожность) и нейротизмом.
4. Сравнение групп по длительности знания диагноза не выявило значимых различий в особенностях эмоционально-волевой сферы.

## **Обсуждение результатов исследования**

Психоактивные вещества непосредственно влияют на психику человека. Проведенное исследование подтверждает данные литературных источников о том, что ВИЧ-инфицированные пациенты имеют эмоциональные особенности, выражающиеся в повышенной тревожности и депрессии, но у тех, кто употреблял ПАВ, данные показатели выше, чем у тех, кто не употреблял ПАВ.

Данная категория людей имеет пассивно-избегающий тип поведения, так как помимо повышенной депрессии и тревожности, данные люди имеют и сниженную волевую регуляцию поведения.

При сравнении ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин значимое различие выявилось по шкале «Сотрудничество», показатели которой оказались выше среди женщин. Это может означать, что женщины в своём поведении больше проявляют такие черты, как скрупулёзность, пунктуальность и надёжность, в отличие от мужчин. Женщины больше нацелены на сотрудничество, с другими людьми при возникновении сложных ситуаций. Мужчины же обладают меньшей требовательностью к соблюдению каких-либо правил и норм, больше ориентируются на своё мнение, чем на мнение окружающих и с осторожностью принимают помощь от других людей. Если соотнести эти данные к становлению приверженности к АРТ, то можно сказать, что мужчинам требуется больший контроль по системности принятия терапии, требуется больше усилий со стороны специалиста для установления контакта с ними и вовлечения в групповую работу. Но и тем и другим, необходимо объяснять важность принятия препаратов системно, и то, что происходит, если данной системности не будет.

При помощи корреляционного анализа удалось найти положительные связи между копинг-стратегиями и механизмами саморегуляции поведения.

У всей выборки пациентов выделялись такие копинги, как Принятие ответственности и Планирование решения проблемы, которые напрямую коррелируют с механизмами саморегуляции: планирование, моделирование, программирование, оценивание результатов и общим уровнем саморегуляции поведения (Приложение 2). Это говорит о том, что в основном поведение людей данной выборки является целенаправленным, с правильной оценкой собственных действий и способностью изменения своего поведения с учётом внешних и внутренних факторов в определённой ситуации, и помимо этого правильно оценивать результаты своего поведения. Если в обучении приверженности к терапии специалисты будут учитывать наличие данных механизмов, то можно добиться хороших результатов среди школ пациентов и тренингов.

Была обнаружена связь между копинг-стратегией Конфронтация и шкалой Самостоятельность. Это может говорить о том, что если человек проявляет в своей деятельности высокий уровень автономности и полностью опирается только на своё мнение, то в эмоционально-значимых ситуациях такой человек может действовать импульсивно, что не всегда приводит к положительному результату; это так же необходимо учитывать при консультировании пациентов данной выборки.

Так же была проведён корреляционный анализ показателей тревожности и нейротизма, то есть, чем выше тревожность, тем иррациональнее становится поведения человека, и тем сильнее становится тенденция испытывать негативные аффективные состояния, и тем ниже становится способность справляться со стрессами. Знание данной связи, может помочь при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами в том, что если изначально попробовать снизить тревожность пациента, то на фоне этого эмоциональный фон человека станет более стабильным.

По данным результатов исследования подтвердилось три выдвинутых гипотезы. Гипотеза о том, что длительность знания диагноза влияет на особенности эмоционально-волевой сферы, в частности то, что те пациенты, которые знают о своём диагнозе меньше года, имеют выше уровень тревожности и депрессии, не была подтверждена. На особенности эмоционально-волевой сферы влияет множество различных факторов, и, возможно, именно они, а не длительность знания диагноза, обуславливали особенности эмоционально-волевой сферы данной выборки. Такими факторами могут выступать: приём психоактивных веществ (ПАВ), социальная поддержка людей, раскрытие диагноза близким людям, приём антиретровирусной терапии, состояние иммунной системы и общее качество жизни человека.

Проведенное исследование имело ряд ограничений: небольшая по численности выборка (пациенты, состоящие на амбулаторном учёте в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями в Санкт-Петербурге и посещающие его), согласившихся участвовать в исследовании. Поэтому для обобщения полученных данных необходимы дополнительные исследования на больших выборках.

Результаты данного исследования могут быть использованы при установлении контакта с пациентами, индивидуальном консультировании и групповой работе.

## **Заключение**

В результате проведённого исследования было выявлено, что ВИЧ-инфицированные пациенты имеют сниженный эмоциональный фон настроения, что выражается наличием признаков депрессии и высоким уровнем тревожности, как личностной, так и ситуативной. Несмотря на то, что наличие данного диагноза и решения связанные с ним, могут сильно менять общее состояние человека, по результатам данного исследования данные пациенты имеют адаптированные копинг-стратегии и механизмы регуляции поведения, которые помогают справляться со сложными жизненными ситуациями. Но тем не менее, каждому пациенту необходима социальная поддержка, в которой каждый из них нуждается.

Существуют значимые различия в особенностях эмоционально-волевой сферы среди данной выборки между теми, кто употреблял когда-либо психоактивные вещества, и теми, у кого нет потребления ПАВ в анамнезе.

При работе с данной категорией пациентов необходимо учитывать как и общие особенности, так и различия между группами для достижения эффективных результатов как при консультировании, так и в школах пациентов по приверженности к АРТ. Конечно, для успешной работы необходимо использовать не только те факторы, которые стали предметом данного исследования, помимо этого необходимо рассматривать и социальные аспекты жизни пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, различные бытовые трудности, с которыми сталкиваются пациенты – в идеальном варианте это индивидуальная работа с каждым пациентом, а затем переход на групповые формы терапии. Важно отметить значимость психологической работы с данной категорией пациентов, чтобы в совокупности с медицинской помощью достичь положительных результатов, которые приведут к сокращению распространения ВИЧ-инфекции среди населения, и сохранности здоровья самих ВИЧ-инфицированных пациентов.

### Список используемой литературы:

- 1) Абессонова А. ВИЧ и психиатрия. Учебное руководство. Пер. с англ. /: Сфера, 2008. - 384 с.
- 2) Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. — М.: Р.Валент, 2010. — 490 с.
- 3) Беляева В.В. Консультирование при инфекции ВИЧ. Пособие для врачей, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами. М., 2001. 77 с.
- 4) Беляков Н. А., А.Г. Рахманова «Вирус иммунодефицита человека – медицина». 2 – е издание. – СПб. Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 656 с.
- 5) Беляков Н. А., Н. Ю. Рахманина и А. Г. Рахманова - «Женщина, ребёнок и ВИЧ» Под ред. Н. А. Белякова.. – СПб. Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. – 600 с.
- 6) Беляков Н. А., А. Г. Рахманова «ВИЧ/СПИД сегодня и рядом. Пособие для людей, принимающих решения». – СПб. Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. – 110 с.
- 7) Беляков Н.А. ВИЧ осознание вселенской опасности или введение в проблему. - СПб. Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. - 28 с.
- 8) Беляков Н.А., Виноградова Т.Н. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2011. — Т. 3, № 4. - С. 7-17.
- 9) Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2013. - Т. 5, № 1. - С. 7-33.
- 10) Беляков Н. А., Рахманова А. Г. - Вирус иммунодефицита человека медицина 2-е издание. - СПб. Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. - 656 с.
- 11) Беляков Н. А. и В. В. Рассохин - ВИЧ и психическое здоровье // Медицинский тематический архив. СПб. Балт. мед. образ, центр, 2013. - 142 с.
- 12) Беляков Н. А., Рахманова А. Г. ВИЧ медико-социальная помощь: Руководство для специалистов - СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. - 356 с.
- 13) Богомазова А.В., Мелешко Л.А., Скрыгина Е.М., Астровко А.П., Гуревич Г.Л., Ждановская О.М. Алгоритм диспансерного наблюдения за больными с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом – 2005.
- 14) Бобкова М.Р. Иммунитет и ВИЧ-инфекция. — М.: Олимпия Пресс, 2006. — 240 с.
- 15) Гречаный С.В. Возрастные закономерности отношения к болезни ВИЧ-инфицированных подростков с зависимостью от психоактивных веществ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2012. Т. 4, № 4. С. 29–33.



- 16) Гречаный С., Егоров А. - Поведенческие аспекты ВИЧ-инфицирования у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ. – 2013
- 17) Джей Э. Леви «ВИЧ и патогенез СПИДа», пер. 3 – го издания с англ. Е. А. Монастырской – М., Научный мир, 2010 – 736 с.
- 18) Дмитриева А. С., проф. Т. В. Клименко Судебная психиатрия: Учебник. - М.: Юристъ, 1998. - 408 с.
- 19) Зайцева Т. Влияние психологического ресурса ВИЧ - инфицированных на способность организма противостоять заболеванию. Научное исследование. - 2012.
- 20) Зинченко А. И.: Сравнение психологических особенностей, ВИЧ-инфицированных с разным уровнем иммунитета //Журнал Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Выпуск№ 76-2 / 2008.
- 21) Илюк Р. Д., И. В. Берно-Беллекур, М. Н. Торбан, Крупицкий Е. М. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик, находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков. Пособие для врачей /. СПб., 2012. - 47 с.
- 22) Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: Учебник. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. - 960 с.
- 23) Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов, М.: Эксмо, 2007.
- 24) Кечина Е. Исследования в контексте ВИЧ/СПИД в Беларуси, 2014.
- 25) Кудрич Л. А., Брызгин М. Б., Ефремова Е. Н. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных людей //Журнал Современные исследования социальных проблем № 11 (55) / 2015
- 26) Ланга А. П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных. Дисс. ... дисс. канд. психол. наук. Ростов-На-Дону, 2006. - 216 с.: ил. РГБ ОД, 61 06-19/552
- 27) Либман Г., Макадон Х. Дж. ВИЧ-инфекция / пер. с англ. Под ред. А.И. Мазуса, Т.П. Бессараба М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 560 с.
- 28) Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. 3-е изд., стереотип. СПб.: Речь, 2008. - 392 с.
- 29) Недзельский Н., Морозова. Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: БФ «Просветительский центр «ИНФО-Плюс»», 2003. - 109 с.
- 30) Орел В.Е., Сенин И.Г. Личностный опросник NEO PI-R. Руководство по применению. НПЦ «Психодиагностика», 2006. – 34 с.
- 31) Пантелеева О.В., Рассохин В.В., Романова С.Ю., Федоров П.Н., Минин П.В., Колпащикова Е.Ю. Медико-социальный портрет больных с хроническими гепатитами и ВИЧ-

инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. СПб, 2011. - Т.3, № 1. - С. 72-75.1

32) Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции: Практическое руководство для студентов, врачей-интернов, клинических ординаторов и врачей всех специальностей. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 92 с.

33) Покровский В. В., Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин "ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение". Под редакцией академика В. В. Покровского. Москва, ГЭОТАР Медицина, 2000. - 496 с.

34) Покровский В.В., Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 36 / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. — М., 2012. - 51 с.

35) Рахманова А. Г. - ВИЧ/СПИД и дети (для медицинских и социальных работников). СПб.: Изд-во «АБТ», 2007. - 369 с.

36) Сыропятов О. Г., Н.А. Дзеружинская, В.А. Солдаткин, В.И. Крылов, А.Я. Перехов Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Учебное пособие – 2015. – 354с.

37) Тарантул В. Имя ему СПИД: Четвертый всадник Апокалипсиса, 2005. - 520с.

38) Ткаченко Т. Н., Б.Б. Фишман, Л.А. Фоменко, Е.П. Леонтьева Характеристика психологического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов / ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2010. - Т.2, № 1. - С. 65-69.

39) Тухтарова И. В. Исследование реактивной и личностной тревожности у больных с ВИЧ-инфекцией. (2003). Медицинская информационная сеть. <http://www.medicinform.net/>

40) Улюкин И.М. Нервно-психическая устойчивость больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии. 2009. - Т. 1, № 1. -С. 37-43.

41) Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции 2009. М.: Р.Валент, 2012. - 736 с.

42) Шаболтас А. В. Программа превенции ВИЧ-инфекции на уровне сообществ с привлечением лидеров общественного мнения: Журнал Вестник Московского университета. Серия 14: Психология; Выпуск № 2 / 2014

43) Шаболтас А. В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции – СПб., Скифия – принт, 2015. – 694 с.

44) Шаболтас А.В., Тюсова О.В., Козлов А.П. ВИЧ-инфекция и особенности рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков: результаты лонгитюдного исследования в Санкт-Петербурге. СПб.: изд-во «Скифия-принт», 2010. - 120 с.

- 45) Психиатрические аспекты ВИЧ/СПИДа. Пер. с англ. - К.: Сфера, 2009. - 512 с.
- 46) Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД / Перевод с англ. К.: Сфера, 2007. - 152 с.
- 47) Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД. Технический обзор. AIDSTAR-One. - USAID, 2010. - 23 с.
- 48) Консультирование до и после теста на ВИЧ М.: СПИД Фонд Восток-Запад, 2006. - 120 с.
- 49) Консультирование до и после теста на ВИЧ. Руководство для врачей. -М.: Права человека. 2007. - 115 с.
- 50) Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. Руководство. М.: Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь», 2001. - 135 с.
- 51) Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки. Сборник тематических исследований. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. Управление ООН по контролю над наркотиками и предупреждению преступности. ООН, Нью-Йорк, 2001. - 111 с.
- 52) ВИЧ понимать. С ВИЧ жить - Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД Департамента здравоохранения города Москвы в рамках сотрудничества "Москва – Берлин: вместе против СПИД" при содействии Берлинского дома
- 53) Медико-психологические проблемы и социальная адаптация ВИЧ-положительных подростков: Отчет о качественном исследовании — М.: Аналитический Центр Юрия Левады, 2009. - 42 с.
- 54) Сервецький А.К. Клініко-психопатогічна характеристика адаптаційних розладів ВІЛ-інфікованих пацієнтів. – К.: УНДІ ССПН, 2008. - 16 с.
- 55) Baron S., Poast J., Cloyd M. W. Why do oral secretions rarely transmit HIV? Saliva can disrupt orally shed, infected leukocytes. // Archives of internal medicine. — 1999. — Vol. 159, no. 3. — P. 303—310.
- 56) Kramer-Hämmerle S., Rothenaigner I., Wolff H., Bell J. E., Brack-Werner R. Cells of the central nervous system as targets and reservoirs of the human immunodeficiency virus. // Virus research. — 2005. — Vol. 111, no. 2. — P. 194—213.
- 57) Begay O., Jean-Pierre N., Abraham C. J., Chudolij A., Seidor S., Rodriguez A., Ford B. E., Henderson M., Katz D., Zydowsky T., Robbiani M., Fernández-Romero J. A. Identification of personal lubricants that can cause rectal epithelial cell damage and enhance HIV type 1 replication in vitro. (англ.) // AIDS research and human retroviruses. — 2011. — Vol. 27, no. 9. — P. 1019—1024.
- 58) Moskowitz J.T., Hult J.R., Bussolari C. et al. What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness // Psychol. Bull. 2009. Vol. 135. P. 121–141.

59) Пути передачи ВИЧ и методы профилактики. Информационный портал фонда «ШАГИ», Медицинские статьи, 27.07.2012. <http://stepsfund.ru/>

60) Научно-популярный просветительский проект фонда СПИД.ЦЕНТР. [www.aids.ru](http://www.aids.ru)

61) Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). [www.unaids.org/ru](http://www.unaids.org/ru)

62) Справка ВИЧ-инфекция в РФ на 30.06.2016 г. - Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора на основании данных, предоставленных территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД. <http://www.komi-aids.ru/news/115.html>

## **Приложение 1. Анонимная анкета**

Выберите подходящий для Вас вариант ответа и обведите его. Спасибо!

### **1. Пол**

- a) М
- b) Ж

### **2. Возраст**

- a) До 25
- b) 26 – 39
- c) >40

### **3. Семейное положение**

- a) замужем/женат;
- b) не замужем/не женат
- c) в разводе
- d) вдова/вдовец
- e) гражданский брак/ совместное проживание
- f) раздельное проживание с партнером
- g) другое \_\_\_\_\_

### **4. Источник дохода:**

- a) постоянная работа;
- b) временная работа;
- c) непостоянные заработки;
- d) пенсия или пособие
- e) нахожусь на иждивении у партнера/родственников

### **5. Употребляли Вы когда-либо наркотики инъекционно?**

- a) Да
- b) Нет

Если на вопрос 5 вариант ответа **ДА**:

- a) Какие наркотики \_\_\_\_\_
- b) Как долго \_\_\_\_\_
- c) Когда было последнее употребление \_\_\_\_\_

### **6. Как давно Вы знаете о своём ВИЧ-статусе?**

- a) меньше года
- b) 1 – 2 года
- c) 3-5 лет
- d) больше 5 лет
- e) больше 10 лет

### **7. Изменились ли взаимоотношения с близкими?**

- a) Нет
- b) Стали хуже
- c) Прекратили общение

**Приложение 2**  
**Средние значения по показателям выборки**

<b>Показатели</b>	<b>Средние значение из всей выборки</b>
1.Уровень депрессии (значения в баллах)	13, 5 (0; 30)
<b>2.Ситуативная тревожность</b> (значения в баллах)	42 (23; 66)
<b>3.Личностная тревожность</b> (значения в баллах)	47 (29; 72)
4.Конфронтация (значения в %)	54 (24; 79)
5.Дистанцирование (значения в %)	50 (24; 89)
<b>6.Самоконтроль</b> (значения в %)	69 (43; 89)
<b>7.Поиск соц. поддержки</b> (значения в %)	63 (22; 94)
<b>8.Принятие ответственности</b> (значения в %)	68 (25; 100)
9.Бегство-избегание (значения в %)	48 (12; 87)
<b>10.Планирование решения проблемы</b> (значения в %)	72 (33; 100)
<b>11.Положительная переоценка</b> (значения в %)	63 (24; 100)
<b>12.Нейротизм</b> (значения в баллах)	20 (5; 39)
13.Экстраверсия (значения в баллах)	30 (18; 43)
14.Открытость опыту (значения в баллах)	30 (4; 40)
15.Сотрудничество (значения в баллах)	27 (16; 40)
16.Добросовестность (значения в баллах)	32 (15; 46)
17.Планирование (значения в баллах)	6 (2; 9)
18.Моделирование (значения в баллах)	6 (1; 8)

19.Программирование (значения в баллах)	6 (1; 9)
20.Оценивание результатов (значения в баллах)	6 (2; 8)
21.Гибкость (значения в баллах)	6 (2; 9)
22.Самостоятельность (значения в баллах)	6 (1; 8)
<b>23.Общий уровень саморегуляции</b> (значения в баллах)	<b>32 (16; 40)</b>

*Примечание: в таблице средние значения представлены в виде Медианы [Нижний квартиль; Верхний квартиль]*

## Приложение 3

**Таблица 5. Сравнение медиан количественных показателей в группах по длительности знания диагноза.**

	Меньше 1 года N=5	1-2 года N=7	Больше 10 лет N=13	3-5 лет N=5	Больше 5 лет N=22	P
Депрессия	12 [11; 17]	11 [1; 15]	10 [8; 23]	12 [11; 17]	12.5 [7; 21]	0.8
Спилбергер Ситуативная тревожность	48 [38; 48]	42 [27; 48]	36 [30; 57]	46 [44; 48]	43 [30; 55]	0.8
Спилбергер Личностная тревожность	45 [35; 46]	51 [39; 55]	51 [38; 55]	50 [37; 53]	46.5 [36; 57]	0.6
Конфронтация	54 [50; 64]	55 [43; 61]	50 [44; 64]	34 [33; 61]	56 [50; 66]	0.7
Дистанцирование	58 [50; 68]	50 [37; 61]	50 [39; 61]	50 [47; 50]	50 [38; 67]	0.8
Самоконтроль	71 [67; 73]	67 [52; 71]	76 [67; 81]	64 [62; 71]	71.5 [57; 78]	0.3
Поиск соц. поддержки	61 [56; 62]	72 [50; 74]	67 [56; 80]	61 [56; 73]	71.5 [61; 78]	0.6
Принятие ответственности	61 [58; 75]	83 [58; 92]	75 [71; 92]	61 [58; 67]	65 [50; 80]	0.08
Бегство-избегание	46 [42; 48]	58 [32; 79]	43 [25; 54]	40 [37; 46]	51 [41; 61]	0.7
Планирование решения проблем	78 [67; 87]	77 [55; 83]	83 [72; 89]	72 [70; 83]	72 [55; 78]	0.3
Положительная переоценка	54 [48; 62]	71 [38; 86]	67 [52; 68]	74 [59; 90]	62 [52; 71]	0.5
Нейротизм	19 [18; 21]	19 [10; 32]	18 [13; 33]	28 [23; 28]	19 [11; 24]	0.9
Экстраверсия	27 [23; 28]	33 [27; 38]	32 [29; 34]	33 [27; 35]	29.5 [23; 35]	0.4
Открытость опыту	36 [32; 37]	34 [30; 36]	28 [23; 32]	29 [28; 34]	30 [26; 36]	0.3
Сотрудничество	32 [27; 35]	31 [22; 35]	25 [23; 30]	23 [20; 27]	26.5 [20; 32]	0.5
Добросовестность	34 [34; 38]	34 [32; 36]	30 [24; 36]	35 [34; 40]	29.5 [24; 40]	0.5
Планирование	7 [5; 8.5]	7 [7; 9]	6.5 [5; 7]	8 [8; 8]	6 [5; 8]	0.5
Моделирование	6 [4; 7.5]	6 [4; 7]	7 [7; 7]	8 [8; 8]	6 [5; 7]	0.5
Программирование	7.5 [6.5; 8.5]	7 [4; 8]	7.5 [6; 8]	7 [7; 7]	7 [5; 7]	0.7
Оценивание результатов	7 [7; 7]	6 [3; 8]	7 [7; 8]	6 [6; 6]	6.5 [5; 8]	0.8
Гибкость	6 [5.5; 6]	7 [6; 8]	7 [5; 8]	5 [5; 5]	6 [5; 7]	0.5
Самостоятельность	7 [5.5; 8]	6 [4; 8]	7.5 [6; 8]	1 [1; 1]	5.5 [4; 8]	0.4
Саморегуляция	34 [30.5; 35.5]	35 [27; 36]	35 [33; 36]	32 [32; 32]	30 [24; 37]	1

*Примечание: в таблице средние значения представлены в виде Медиана [Нижний квартиль; Верхний квартиль]; сравнение осуществлялось с помощью теста Краскала-Уоллиса.*



## Приложение 4

**Таблица 6. Сравнение медиан количественных показателей в группах по длительности знания диагноза.**

	<b>Больше 5 лет N=35</b>	<b>Меньше 5 лет N=17</b>	<b>P</b>
Депрессия	12 [7; 21]	12 [11; 17]	0.7
Спилбергер Ситуативная тревожность	41 [30; 55]	44 [34; 48]	0.7
Спилбергер Личностная тревожность	48 [36; 57]	46 [37; 53]	0.5
Конфронтация	55 [44; 66]	54 [39; 61]	0.4
Дистанцирование	50 [38; 64]	50 [44; 58]	0.8
Самоконтроль	72 [67; 81]	67 [62; 71]	0.07
Поиск соц. поддержки	71 [56; 80]	62 [56; 72]	0.3
Принятие ответственности	71 [57; 83]	67 [58; 83]	0.7
Бегство-избегание	48 [37; 58]	46 [33; 58]	0.9
Планирование решения проблем	74 [61; 83]	77 [67; 83]	0.8
Положительная переоценка	62 [52; 71]	65 [48; 80]	0.8
Нейротизм	19 [11; 28]	20 [10; 28]	0.7
Экстраверсия	31 [24; 35]	28 [27; 35]	0.8
Открытость опыту	28 [25; 35]	34 [29; 36]	0.08
Сотрудничество	26 [21; 32]	27 [22; 34]	0.7
Добросовестность	30 [24; 38]	34 [33; 38]	0.2
Планирование	6 [5; 7.5]	7.5 [6.5; 8.5]	0.1
Моделирование	7 [5.5; 7]	6.5 [4.5; 7.5]	0.7
Программирование	7 [5.5; 8]	7 [5; 8]	0.6
Оценивание результатов	7 [5; 8]	7 [6; 7]	0.7
Гибкость	6.5 [5; 7.5]	6 [5.5; 7]	0.8
Самостоятельность	6.5 [4; 8]	6 [4.5; 8]	0.8
Саморегуляция	34 [27.5; 36.5]	34 [28; 36]	0.9

*Примечание: в таблице средние значения представлены в виде Медианы [Нижний квартиль; Верхний квартиль]; сравнение осуществлялось с помощью теста Манна-Уитни.*