

Шаргородская Ольга Владимировна

**СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
ЛЮДЕЙ**

Специальность: 19.00.13 – психология развития, акмеология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва 2017

Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Костромской государственной университет» на кафедре социальной психологии

Научный руководитель: доктор психологических наук
Крюкова Татьяна Леонидовна

Официальные оппоненты: **Горьковая Ирина Алексеевна**
доктор психологических наук, профессор кафедры психологии человека ФГБУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»
Жедунова Людмила Григорьевна
доктор психологических наук, профессор кафедры общей и социальной психологии ФГБОУ ВПО «Ярославский педагогический университет им. К.Д. Ушинского»

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского»

Защита состоится «25» мая 2017 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 002.016.03 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН) по адресу: 129366, г. Москва, ул. Ярославская, д. 13, корп. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук: www.ipras.ru

Автореферат разослан «13» марта 2017 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат психологических наук



Никитина Е.А.

Общая характеристика работы

Актуальность. На протяжении жизни человек проживает ряд этапов, периодов развития, связанных с кризисами развития – возрастными, жизненными и др. В процессе взросления, приобретения зрелости изменяются психические процессы субъекта, его сознание, деятельность и т.д. Человек как член общества реализует определенный тип социализации, принимая социокультурную идентичность, усваивает нормы и правила общества, семейные традиции и устои (Л.А. Головей, Т.Д. Марцинковская, Е.А. Сергиенко, А.А. Реан, Х. Томэ и др.). Отношение человека к биографическим кризисам, например, болезни и смерти также культурно обусловлены. Среди множества болезней интерес исследователей и общества отдается болезням с летальным исходом. Так проблема ВИЧ/СПИДа является острой и актуальной, особенно для людей, живущих с ВИЧ. Число ВИЧ-инфицированных, с каждым годом растет, увеличивается количество людей, заразившихся половым путем, в то время как ранее превалировал наркотический способ заражения.

Анализ литературы показывает, что работ, отражающих изучение проблемы людей, живущих с ВИЧ, а также прикладных работ, которые могут помочь ВИЧ - инфицированному совладать с болезнью как жизненным кризисом, очень мало (Зинченко, 2009; Кудрич и др., 2015). Исследования в этом направлении носят разрозненный характер, практически не систематизированы и посвящены отдельным аспектам проблемы. Для сохранения качества жизни и успешного совладания ВИЧ-инфицированных людей со стрессом важно учитывать не только психологические особенности, но и значительные социальные факторы, а именно, условия их деятельности и ее продуктивность, уровень взаимоотношений с другими – одиночество, степень поддержки близких людей. Также немаловажным является возраст заразившегося субъекта, разные периоды взрослости, когда происходит становление зрелости личности. Взрослость богата кризисами, которые считаются нормативными. Происходит перестройка ценностно-смысловых сфер, поиск смысла жизни, активизируется фактор саморазвития. Постановка диагноза ВИЧ – это ненормативный биографический кризис, который влияет на развитие личности в целом. В настоящее время практически не существует квалифицированной психологической помощи, которая оказывала бы существенную поддержку ВИЧ - инфицированным для сохранения их психического здоровья (Покровский, 2003; Беляков, 2011; Шаболтас, 2011; Шаргородская, 2015).

Более того, в обществе сложилось мнение о принадлежности людей, живущих с ВИЧ, к асоциальным или маргинальным слоям, что не соответствует действительности. Следовательно, существует психологическое и нравственно-этическое неприятие больных с ВИЧ – инфекцией, что приводит к их стигматизации. Под стигматизацией понимается (греч. *stigma*—клеймо, пятно) — негативное социальное последствие диагноза какой-либо болезни, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую. Это порождает у человека наряду с чувством стыда, вины, неуверенности, страха оскорбления стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и тем самым остаться в стороне от источников возможной дискриминации, травмы (Burne, 1997).

ВИЧ - инфицированность – это кризис развития для человека, связанный с переживанием экстремального стресса, где стрессором является заражение ВИЧ - инфекцией. Негативные эмоции порождают сдвиги на когнитивно-поведенческом и

психофизиологическом уровнях. Часто оценка ситуации осуществляется в условиях дефицита времени или информации, что снижает ресурсы адаптации к поставленному диагнозу (Карвасарский, 2004; Жедунова, 2010).

ВИЧ-инфицированные отгораживаются от общества и оно, в свою очередь, дистанцируется от них, что порождает их особую субкультуру: они сами часто считают себя изгоями, «невезучими и виноватыми в том, что заразились»; воспринимают социум и других людей как враждебных и не заслуживающих доверия. Восприятие ВИЧ-инфицированными людьми ситуации своей болезни из-за принадлежности к группе с ВИЧ-диагнозом культурно-обусловлено, а совладающее поведение специфично (Шаргородская, 2015).

В ситуации заражения ВИЧ играют важную роль социальные факторы, которые могут способствовать или препятствовать развитию личности. Это социальные макрофакторы (социальная принадлежность; историческое время, в которое живет человек; конкретная социальная ситуация); - социальные микрофакторы (семья, работа и коллеги, круг общения и т.д.) в большинстве случаев не способствуют развитию личности (Ананьев, 1968; Реан, 2002).

Важно отметить, что стратегии совладающего поведения могут способствовать развитию личности. Однако люди, живущие с ВИЧ (далее: ЛЖВ), часто не совладают с ситуацией ненормативного стресса, а именно, постановкой диагноза, а далее испытывают состояние хронического стресса. Нередко ЛЖВ страдают от посттравматического стресса, обусловленного длительным статусом и наличием диагноза. Данный факт негативно отражается на дальнейшем качестве жизни ЛЖВ. Важной причиной их одиночества является неприятие ими ВИЧ - статуса, депрессия и несовладание со сложившейся ситуацией (Крюкова, Шаргородская, 2014).

Интерес к изучению совладающего поведения людей, живущих с ВИЧ, возник на основе неизученности многих аспектов и вопросов личностного, диадического и группового совладания с трудностями и стрессами.

Безусловно, что психологическая помощь в данной ситуации остро необходима, но в связи с малоизученностью и неразработанностью методов данная работа проводится в ограниченном объеме и часто имеет лишь ориентировочный характер без научно обоснованной программы.

Высокая социальная, теоретическая и практическая актуальность *проблемы* совладающего поведения ВИЧ-инфицированных, ее недостаточная концептуальная разработанность; потребность в осмыслении и интеграции накопленных знаний; необходимость обоснования принципов и стратегий изучения данного феномена, разработки диагностических процедур; важность установления специфики совладания у ВИЧ-инфицированных, выявления факторов и динамики феномена совладания у них, степень влияния заражения на личностное развитие и благополучие ЛЖВ подтверждают *актуальность* выбора темы диссертации, определяют ее *цель* и *задачи*.

Разработанность проблемы:

За последние годы выявлена тенденция роста озабоченности медиков, в основном, телесным здоровьем ВИЧ-инфицированных, тогда как психологической сфере уделяется значительно меньше внимания. Отсутствует должное внимание эмоциональным и личностным составляющим здоровья, которые оказывают непосредственное воздействие переживание ВИЧ-инфицированным человеком кризиса развития (Зинченко, 2002; 2009). Нередко указывается, что хронический стресс и неправильный образ жизни вызывают депрессивные состояния и неблагоприятно

вливают на состояние иммунитета (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999; Glaser, 2000 и др.). Это непосредственно касается и проблемы СПИДа. Многолетние исследования показали, что даже ежедневные стрессы оказывают воздействие на иммунную систему человека. Постановка диагноза ВИЧ относится к категории «тяжелые жизненные стрессы», которые являются негативным и разрушительным фактором здоровья ВИЧ-инфицированных, так как ускоряет развитие СПИДа (Evans, 1997; Howland, 2000; Dentino, 1999 и др.), а также негативным биографическим фактором развития.

Начиная с 90-х годов прошлого века, значительный объём исследований проведен в России. Получены новые для российской психологической науки результаты в области психологии стресса и копинга (Л.И. Анцыферова, В.А. Бодров, Л.И. Вассерман, Л.А. Головей, И.А. Горьковая, Л.И. Дементий, Т.Л. Крюкова, А.В. Либина, С.К. Нартова-Бочавер, И.М. Никольская, Л.А. Регуш, Н.А. Сирота, Е.А. Сергиенко и др.). В зарубежной психологии эта проблематика начала разрабатываться на два десятилетия раньше (Б.Е. Компасс, Р. Лазарус, Р.Х. Моос, К.М. Олдвин, С. Фолкман, Е. Фрайденберг, Н. Хаан, С. Хобфолл и др.). Анализ литературы показывает, что работ, посвященных изучению психологических особенностей личности, влияющих на эффективное совладание с болезнью, долгое время переживающей ситуацию хронического стресса, ситуацию тяжелой болезни, недостаточно. Особенно мало исследованными остаются жизненный стиль, живущих с ВИЧ, условия включенности их в деятельность, семейную жизнь, протекание возрастного и ненормативного кризисных периодов, влияние постановки диагноза ВИЧ на дальнейшее развитие личности и качество жизни.

ВИЧ – инфекция на протяжении многих десятилетий является практически неизлечимым заболеванием, при выявлении этого заболевания, человек часто остаётся один на один не только с острым стрессом, но и другими многочисленными трудными жизненными ситуациями. Экзистенциальные вопросы (смысл жизни и деятельности, межличностных отношений, одиночество) не менее важны и оказывают сильнейшее воздействие на психическое здоровье и психологическое благополучие (когнитивно-поведенческий, эмоциональный аспекты).

Проблема исследования. Совладающее поведение субъекта в ситуации заражения ВИЧ, стрессогенной и кризисной, угрожающей качеству жизни, самооценке человека, отрицательно воздействующей на человека; воспринимаемой им как трудная/неразрешимая. Пока не известно, почему совладающее поведение в данной ситуации чаще всего непродуктивно, требует больших ресурсов для облегчения психологического состояния и попытки изменить сложившиеся обстоятельства. Сложным аспектом постановки диагноза (ВИЧ) выступают различные негативные последствия для инфицированного человека, а именно, переживаниям критического периода развития (затяжная депрессия, попытки суицида, страх новых отношений) и необходимость раскрытия диагноза.

Цель исследования - выявить возможности и специфику совладающего поведения субъекта с учётом факторов, влияющих на выбор способов совладания/несовладания со стрессом в критической ситуации заражения ВИЧ-инфекцией, определив уровень дистресса при постановке диагноза и дальнейшей жизни с ним.

Объект: совладающее поведение ВИЧ-инфицированных людей, переживающих специфический длительный эмоциональный / психологический стресс и кризис развития.

Предмет: факторы и способы совладания со стрессогенностью жизненной ситуации ВИЧ–инфицированных людей при постановке диагноза, диспансеризации и в повседневной жизни (усугубляющие стресс и влияющие на способы совладания).

Основная гипотеза: ВИЧ – инфицированные люди совладают со стрессами (заражение, повседневная жизнь с ВИЧ) по-разному: от умеренного уровня совладания до несовладания. Совладание в целом не достигает максимальной продуктивности по выраженности и гибкости.

Частные гипотезы:

1. ВИЧ – инфицированность выступает как длительная стрессогенная, кризисная ситуация для зараженного человека, которая оказывает воздействие на развитие личности, качество жизни человека, его жизненный стиль посредством острого стресса/травмы постановки диагноза, а далее хронического стресса.

2. Уровень совладания/несовладания со стрессом у ВИЧ – инфицированных сопряжен с рядом диспозиционных и социальных факторов, а именно: степени открытости диагноза другим (социуму), одиночества, депрессивности, качеств самооценки, характеристик социальной сети, ценностей субъекта и др.

3. Существует динамика переживания стресса / кризиса развития и совладания у ВИЧ-инфицированных: в зависимости от этапа переживания стресса, личностных предпосылок, способов заражения ВИЧ-инфекцией и эффективности терапии существуют колебания либо с более значительным периодом негативной динамики, либо позитивной динамики.

4. ВИЧ – инфицированность как стресс отягощается другими стрессами, возникающими в данный кризисный период жизни человека, что делает совладание с ситуацией более трудным и затратным.

Были выдвинуты следующие задачи:

Теоретические:

1. Проанализировать проблематику феномена стресса в психологии, а также его влияние на качество дальнейшей жизни ВИЧ – инфицированных людей.

2. Проанализировать эмоциональное состояние, психологические особенности ВИЧ – инфицированных людей, связанных с биографическим ненормативным кризисом развития.

3. Провести анализ работ по проблеме совладающего поведения в ситуации ВИЧ-инфицированности субъекта.

Методические:

1. Разработать эмпирические стратегии и методический комплекс для исследования негативных переживаний человеком ВИЧ-инфекции, а также особенностей его совладающего поведения в данной стрессовой/кризисной ситуации;

2. Для получения данных, обуславливающих качество жизни ВИЧ-инфицированных людей, проанализировать результаты исследования.

3. Разработать схему оценки рисуночных тестов на тему «Я и моя болезнь».

Эмпирические:

1. Выделить эмпирические признаки переживания болезни и кризиса: эмоциональные состояния (дистанцирование от других и одиночество как основные реакции на постановку диагноза ВИЧ, как негативное переживание ситуации; депрессивные состояния и др.).

2. Организовать исследование способов совладания со стрессом в ситуации заражения/кризиса (в разных выборках);

3. Изучить факторы, воздействующие на выбор способов совладания у ВИЧ-инфицированных (диспозиционный, ситуационный, социокультурный).

Методологической базой исследования выступают: теория и типологии стресса и посттравматического стресса (Г. Селье, Р. Лазарус, К. Олдвин, С. Фолкман, В.А. Бодров, Л.Г. Дикая, А.Б. Леонова, Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова и др.), психология совладающего поведения (Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, Е.В. Куфтык, С.А. Хазова, О.Б. Подобина, Е.А. Петрова-Дорьева, О.А. Екимчик и др.), психология болезни (Г. Селье, А.Р. Лурия, Б.Д. Карвасарский, З. Липовски, Р. Конечный и М. Боухал и др.), понятие и типология ВИЧ-инфекции (В.В. Покровский, О.Г. Юрин, В.В. Беляев и др.).

Новизна исследования заключается в изучении феномена совладающего поведения и его специфики у людей, живущих с ВИЧ. Впервые принято во внимание действие разнообразных факторов и условий (личностных, ситуационных, социокультурных, среди них - открытость диагноза, одиночество, уровень депрессии, качества самооценки, ценностей и интенсивность переживаний), предопределяющих выбор стратегий совладания/несовладания. Впервые изучались сопряженность психологических особенностей ВИЧ-инфицированных со способами совладания с кризисом у них. Установлена динамика, свойственная совладающему поведению ВИЧ-инфицированных людей (от совладания до несовладания) со стрессом. Предложено авторское понимание многосторонней обусловленности (социокультурный, ситуационный, диспозиционный) совладания с переживанием ВИЧ-инфекции как острым и длительным/хроническим стрессом, ведущим к кризису развития. Важным аспектом научной новизны является рассмотрение несовладания с болезнью ВИЧ, специфики совладающего поведения ВИЧ – инфицированных людей, а также их соотношения в особенной критической по стрессогенности ситуации, граничащей с психологической травмой.

Научное и прикладное значение заключается в теоретически расширенном представлении о специфике совладания с переживаниями хронического стресса в ситуации заражения ВИЧ как кризисной. Непродуктивное совладание и несовладание, преобладающее у заразившихся, требует разработки прикладного аспекта проблемы. Подтверждается значимая роль продуктивного копинга для успешной адаптации к трудной ситуации, а именно при длительном стрессе и неиспользования ресурсов для конструктивного совладания.

Практическая значимость работы определяется возможностью использования результатов в практической деятельности психологов, сопровождающих ВИЧ – инфицированных на всём пути от момента постановки диагноза. Материалы исследования используются в системе профессиональной подготовки для проведения практических и теоретических занятий, образовательных программах по психологии стресса и совладающего поведения, психотерапии в Костромском государственном университете. Исследования направлены на выявление ресурсов успешного совладания с кризисной ситуацией, а также сохранения психоэмоционального благополучия, систематизации и создания способов психологической помощи людям, живущим с ВИЧ. Реальность приводит к созданию и реализации программ помощи тем ВИЧ – инфицированным, которые не справляются, не адаптируются к повседневной жизни.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности определяется следующими направлениями, изученными в работе и являющимися областью исследования 19.00.13 – психология развития, акмеология (психологические науки)

личность как субъект развития; кризисы развития, ненормативные (биографические) кризисы; исследование феномена совладания с ВИЧ-инфекцией как фактор развития; исследование механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения в процессе развития.

В исследовании применён комплекс методов, включающий теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования, эмпирические и психодиагностические методы, качественный и количественный анализ полученных результатов. В эмпирическом исследовании для проверки выдвинутых гипотез применялся комплекс методических средств: феноменологическое интервью, проективные методики, наблюдение, опросники и тесты. *Математическая обработка статистических данных* проводилась при помощи электронного пакета SPSS19.0. Исследование организовано и проведено на базе Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными» (ОГБУЗ «СПИД-центр») города Костромы.

Эмпирическая база включает 103 человека (38 мужчин и 65 женщин) в возрасте от 17 до 46 лет, средний возраст 31год ($SD=3,9$) давших согласие принять участие в исследовании, и состоящих на диспансерном учете с диагнозом ВИЧ – инфекция на разных стадиях заболевания (16 человек с условно «сырым стрессом» - относительно недавно был поставлен диагноз ВИЧ: с момента постановки диагноза прошло не более полугода; 87 человек - «давний стресс» с момента постановки диагноза прошло более 1 года) с разными способами заражения (55 человек – половой путь заражения, 48 человек - наркотический путь заражения) и из разных социальных слоев. Основу выборки (97человек) составляют взрослые: важным критерием взрослости является проживание нормативных кризисов и умения справляться с кризисами ненормативными (Е.А. Сергиенко, С. Aldwin, Г. Крайг).

Обоснованность и достоверность полученных результатов обеспечивалась непротиворечивостью исходных методологических позиций, комплексным анализом проблемы на междисциплинарном уровне, выбором методов исследования, соответствующих задачам и гипотезам, гомогенностью и количественной репрезентативностью выборки испытуемых, стандартизацией процедуры исследования, применением методов математической статистики.

Положения, выносимые на защиту:

1. *Совладающее поведение* людей, имеющих диагноз ВИЧ, является дезадаптивной, не всегда поддающейся сознательному контролю моделью поведения, которое направлено на инкапсуляцию, стигматизацию и непринятие диагноза, что угрожает их психологическому и др. благополучию. Поведение субъектов данной категории способствует возникновению специфических эмоциональных переживаний и когнитивных установок, вызванных угрозой раскрытия диагноза ВИЧ.

2. Человек, имеющий статус ВИЧ, испытывает сначала острый, а затем хронический стресс, что обуславливает его амбивалентную или негативную оценку своей личности, других людей и общества в целом; трудности в построении планов на будущее, принятии текущих решений. Последствия хронического стресса приводят к дезадаптации и несовладанию человека, инфицированного ВИЧ. Все это характеризует ситуацию переживания заражения ВИЧ-инфекцией как ненормативный кризис развития.

3. Специфика совладания с ВИЧ-инфекцией связана со слабой осознанностью либо искаженным восприятием субъектом истинных источников и причин своих

переживаний, связанных с болезнью. Высокая субъективная стрессогенность при наличии диагноза ВИЧ, проявляется в выборе субъектом таких стратегий совладания как: «*дистанцирование*», «*бегство-избегание*», «*самоподдержка*». Кроме того, специфическими копинг-стратегиями выступают попытки ВИЧ-инфицированного человека выйти из отношений с партнером, близкими людьми, либо его уход от общества в целом, характеризующие негативную копинг-динамику.

4. Психологические трудности, возникающие в период постановки диагноза, обуславливаются следующими диспозиционными, ситуационными и социокультурными факторами: степень открытости диагноза, уровень одиночества, депрессивность, качество самооценки, широта и интенсивность социальной сети, предпочитаемые ценности, и др. Негативные факторы приводит к состоянию длительного, хронического стресса и сопряжены с выбором специфических стратегий совладания.

Апробация и внедрение результатов исследования. На заседаниях кафедры социальной психологии КГУ (прежде им. Н.А. Некрасова) неоднократно обсуждались и получили одобрение результаты данного диссертационного исследования. Также полученные данные нашли использование в учебных курсах «Психодиагностика стресса», «Психология стресса и совладающего поведения», «Психология семейных отношений» для студентов КГУ.

Промежуточные результаты докладывались на III Международной научно-практической конференции «Психология стресса и совладающего поведения» (Кострома, сентябрь 2013 года; Кострома, сентябрь 2016 года); Ананьевские чтения – 2014: научная конференция, 21-23 октября 2014; на конференции молодых ученых и аспирантов «Ломоносовские чтения» Москва, МГУ им. М.В. Ломоносова, 2015 [www.lomonosov-msu.ru]; Актуальные вопросы медицинской науки: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, Ярославль, 2015; на IV-й Международной научной конференции «Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие» (Кострома, КГУ им. Н.А. Некрасова, 2016).

Структура работы: Диссертация состоит из Введения, трех глав, заключения, списка литературы, (всего 168 наименований, из них 40 на иностранных языках) и 3 приложения. В работе содержится 2 таблицы и 22 рисунка.

Основное содержание диссертации

Во **Введении** раскрывается актуальность проблемы и ее научная новизна, определяется цель, предмет, объект и задачи исследования, формулируются гипотезы, а также положения, выносимые на защиту, определены используемые методы и методики, раскрывается новизна, теоретическая и практическая значимость работы.

Первая глава «**Обзор исследований в области психологии стресса: болезнь как стресс**» посвящена теоретическому анализу отечественных и зарубежных источников по проблеме психологии стресса, болезни как стрессогенной ситуации, а также типологии заболевания ВИЧ-инфекции как длительного, хронического стресса.

Первый параграф *Психология стресса: понятие, классификации* посвящен теоретическому анализу отечественных и зарубежных источников по проблеме стресса, его пониманию и классификации. Психологический стресс рассматривается в диссертации как функциональное состояние организма и психики, которое характеризуется существенными нарушениями биохимического, физиологического, психического статуса человека и его поведения в результате воздействия экстремальных факторов психогенной природы (угроза, опасность, сложность или вредность условий

жизни и деятельности) (Бодров, 2006). Описывается понятие стрессоров – это неблагоприятные, значительные по силе и продолжительности внешние и внутренние воздействия, ведущие к возникновению стрессовых состояний (ред. Б.Г. Мещеряков, 2006). Любое событие, факт или сообщение может вызвать стресс, т.е. стать стрессором.

Особенно большое значение имеет оценка угрозы, ожидание опасных последствий, которую содержит в себе ситуация. Возникновение и переживание стресса зависит не столько от объективных, сколько от субъективных факторов, от особенностей самого человека: оценки им ситуации, сопоставления своих сил и способностей с тем, что от него требуется, что он может и чего не может и т.д.

Определенный стресс переживается вначале как травматический стресс, который впоследствии у части людей вызывает проявления посттравматического стресса. Говорится о том, что возникновение посттравматического стресса обязано последствиям влияния на человека экстремальных факторов. Так Н.В. Тарабрина выделив «посттравматический стресс», определяет его как симптомокомплекс, характеристики которого отражают, прежде всего, нарушение целостности личности в результате психотравмирующего воздействия стрессоров высокой интенсивности. Эмоционально-когнитивные личностные изменения при этом могут достигать такого уровня, при котором у человека как субъекта нарушается способность осуществлять основную интегрирующую функцию (ред. А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко, 2011). Делается вывод, что стресс - это не заболевание и не патология, это состояние напряжения; для развития стресса важны восприятие стрессора, субъективная, личностная значимость трудной или экстремальной ситуации, наличие готовности и возможности к совладанию с ней, в том числе, ее преодолению.

Во втором параграфе **Болезнь как стрессор и как стресс: психология болезни** рассматривается: Болезнь (от лат. morbus) — как возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов. Упоминается взгляд Г. Селье: болезнь как напряжение («стресс»), возникающее в организме при воздействии на него чрезвычайного раздражителя.

Дается концепция личностных изменений при болезни А.Р. Лурии: наиболее отчетливо они проявляются во **внутренней картине** болезни. Это совокупность переживаний (эмоциональных, когнитивных, волевых) связанных с наличием у человека с заболеванием (Лурия, 1944, 1977). Выделяют также и сходные феномены «сознание болезни», «переживание болезни», «переживания, связанные с болезнью» и т.д. А.Р. Лурия считает неправильным говорить *отдельно* о субъективных жалобах и объективных симптомах.

Декомпенсация определяется чаще всего болезненной реакцией личности на болезнь и лишь затем самой болезнью. Это означает, что отсутствие гомеостаза в организме, болезненное состояние, в котором нарушение деятельности органа, системы или организма в целом уже не может быть скомпенсировано приспособительными механизмами, называется декомпенсацией.

Следовательно, проблема взаимосвязи личности и болезни остаётся в значительной степени, недостаточно изученной в связи с её сложностью. Нет единой

концепции и понимания болезни, что усложняет её изучение с точки зрения личностных особенностей человека. Установлено, что ВИЧ – инфекция как болезнь вызывает только негативные эмоции, препятствует развитию личности, являясь дистрессом.

В третьем параграфе **Понятие и типология ВИЧ – инфекции** отражен анализ теоретических публикаций о заболевании ВИЧ, способов его передачи, течения, стадии и влиянии на организм. Говорится о том, что ВИЧ-инфекция – длительно текущая инфекционная болезнь, развивающаяся в результате инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). При ВИЧ – инфекции прогрессирует поражение иммунной системы, приводящее к состоянию, известному под названием «синдром приобретённого иммунного дефицита» (СПИД), при котором у больного развиваются т.н. «оппортунистические заболевания». Это тяжелые формы инфекции, вызванные условно-патогенными возбудителями, и некоторые онкологические заболевания (Покровский, Юрин, Беляева, 2002). Полученная информация может вызвать страх смерти, что является дополнительным стрессом (Горьковая, 2014). В любом случае заражение ВИЧ создает ненормативную кризисную ситуацию для субъекта. Передача ВИЧ происходит при половых контактах, при переливании инфицированной крови и её препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребёнку и от инфицированного ребёнка кормящей женщине. Так как риску заражения ВИЧ подвержены не только люди с девиантным поведением, то стресс может восприниматься острее, вызвать тяжёлые эмоциональные реакции, а также нанести травму психике.

Говорится об отсутствии в стране универсальной системы поддержки со стороны общества ВИЧ – инфицированных людей, подчеркиваются обстоятельства, способствующие дистанцированию и стигматизации человека, что в будущем уменьшает ресурсы человека и минимизирует способность к совладанию с подобной болезнью.

В четвертом параграфе **Стрессогенность ситуации течения ВИЧ – инфекции** рассматривается влияние ВИЧ-инфекции на личностные особенности субъекта, на психологическое состояние, на принятие/непринятие диагноза и его воздействие не только на качество дальнейшей жизни, но и на способность выхода из ненормативного развития как полноценного члена социума. Информация о неизлечимости ВИЧ и её фатальном прогнозе вызывает у инфицированного ВИЧ тяжёлые эмоциональные реакции, связанные с внезапным осознанием неизбежности смерти. В общественном сознании наблюдается предубежденность в отношении инфицированных и больных, так как заражение ВИЧ в большинстве случаев расценивается обществом как закономерный результат аморального и асоциального поведения. ВИЧ – неизлечимое на данный момент заболевание, при выявлении которого человек оказывается лицом к лицу с экзистенциальными вопросами: о смысле жизни, о свободе и ответственности, об одиночестве среди людей и т.д.

Отношение к ВИЧ – инфицированным в обществе, выражающееся в виде унижения, ущемлении прав больных, которые не защищаются государством и законом, но может прочно прививаться, чтобы маскировать страх заражения. В настоящее время знание о ВИЧ / СПИДе в обществе отстаёт от представлений о современных достижениях медицины и сохраняет мнение об этом вирусном заболевании как смертельном, следовательно, опасном для всех, кто соприкасается с зараженным. На разных этапах жизни с ВИЧ находятся барьеры, усложняющие решение задач в

различных сферах жизнедеятельности, следовательно, в период адаптации к диагнозу люди могут переживать состояние шока или острого горя, а иногда – тяжёлое тревожно-депрессивное расстройство. Негативные эмоции, стрессы при дефиците социальной и психологической поддержки и сопутствующих соматических осложнениях, уязвимом психическом состоянии приводят к подавлению иммунитета; в плане развития создают кризис, с которым трудно справиться.

Следовательно, ВИЧ – инфицированность является стрессогенной ситуацией, которая отражается на психологическом и социальном благополучии личности.

В выводах к первой главе говорится, что на данный момент не существует единой концепции и понимания болезни, что усложняет её изучение. Диагнозу ВИЧ сопутствует тяжёлая кризисная ситуация (ненормативный или биографический кризис), вызванная различными дополнительными стрессовыми ситуациями в частной жизни заболевшего. Из-за непринятия диагноза стресс воспринимается острее как экстремальный (неожиданный и сильный).

Вторая глава **Психология совладающего с болезнью поведения** содержит анализ отечественных и зарубежных источников, посвященных индивидуальному копингу зараженных ВИЧ. В ней рассматриваются способы совладания со стрессами ситуации ВИЧ-инфекции, психологические механизмы защиты личности, стратегии и стили индивидуального копинга, а также факторы, влияющие на выбор совладания/несовладания с болезнью.

В первом параграфе **Понятие совладающего поведения: понятие, типология, структура** проводится анализ когнитивно-транзакциональной теории стресса (Р. Лазарус и С. Фолкман). Работа выполнена в русле интегративного подхода к совладающему поведению, разработанному в Костромской научной школе психологии совладающего поведения (Крюкова и др., 1999-2016). Под совладающим поведением понимается особый вид адаптивного социального поведения субъекта, обеспечивающего или разрушающего его здоровье и благополучие. Описаны критерии совладания поведения субъекта: осознанность, целенаправленность, контролируемость, адекватность ситуации, значимость последствий для психологического благополучия субъекта, социально-психологическая обусловленность, возможность обучения ему (Крюкова, 2004, 2010). Сформулированы факторы успешности совладания: уменьшение психофизиологического и психологического напряжения; восстановление дострессового уровня активности и отношений с другими; предотвращение истощения, снижение уязвимости к стрессу, возможности и навыки социального научения в преодолении трудных жизненных ситуаций и др. (Крюкова, 2010).

Во втором параграфе **Стратегии совладания в ситуации болезни** проанализированы функции механизмов психологической защиты личности и копинг-стратегий в ситуации болезни, а также их соотношение в комплексе усилий субъекта по преодолению стресса. В структуре совладания различаются стратегии поведения человека в ситуации болезни: это пассивное приспособление к новым условиям («уход в болезнь»), отрицание факта заболевания, когда включаются психологические защиты, вызывающие сопротивление болезни, что провоцирует отказ индивида признать и решать проблему; также выбор и выработка адекватных ситуации стратегий совладания, подразумевающих необходимость проявить конструктивную активность, пережить событие, не уклоняться от ситуации болезни (Фомина, 2010).

Каждый человек с различным заболеванием имеет право на выбор стратегии в совладании с болезнью, являясь субъектом выбора. Утверждается, что выработывая модель поведения, для совладания с болезнью, человек включен в процесс развития. Болезнь и степень её тяжести накладывает коррективы на выбор стратегий совладания; несовладание приводит к стагнации развития личности.

В третьем параграфе *Совладающее поведение у беременных ВИЧ-инфицированных женщин* отражены результаты исследования О.В. Беспаловой (теперь Шаргородской) (2009). На протяжении беременности, благополучие психического и эмоционального здоровья женщины влияют неизжитые детские психологические проблемы; становятся актуальными личностные конфликты, проблемы взаимодействия со своей матерью, происходит новая адаптация к супружеству (Жедунова, Королева, 2016; Шаргородская, 2015). Так как данная категория беременных женщин относится к группе высокого медицинского риска, то ВИЧ-инфицированные беременные женщины имеют специфику совладания и страхов, отличные от беременных женщин с условной нормой, что накладывает отпечаток на способы совладания с болезнью и страхом беременности и родов.

В выводах второй главы акцентируется содержание основных понятий исследования, отмечается, что совладание с трудными жизненными ситуациями, которые возникают в ситуации заражения ВИЧ, разнообразно. Его эффективность во многом зависит от качества отношений субъекта, глубины стресса, обусловлено диспозиционными, ситуационными и социокультурными факторами, а именно: уровнем одиночества, депрессивности, качеством самооценки, широтой и интенсивностью социальной сети, степенью открытости диагноза другим и т.д.

Третья глава *Эмпирическое исследование совладания с ВИЧ-инфицированностью как стрессогенной ситуацией* посвящена описанию основного эмпирического исследования, анализу и интерпретации полученных результатов, соответствующих поставленным цели и задачам, сформулированы выводы и перспективы исследования.

В первом параграфе *«Организационно-методическое обеспечение эмпирического исследования»* сформулированы задачи и гипотезы, охарактеризована выборка, описаны этапы лонгитюдного исследования, психодиагностические методики и процедура их обработки. Приводится процедура и логика исследования совладающего поведения ВИЧ-инфицированных людей. Основная информация в ходе исследования получена путем психологической диагностики и математической обработки. В эмпирическом исследовании для проверки выдвинутых гипотез применялся комплекс методических средств. Их выбор обоснован, прежде всего, закрытостью выборки и мотивированием респондентов на получение психологической помощи через результаты психодиагностики. Для описания и раскрытия глубины и последовательности истинных аспектов переживания стресса, связанного с критической стрессовой ситуацией жизни человека использовалось феноменологическое интервью (разработаны критерии оценки ответов). Для выявления и осознания трудно вербализуемых проблем личности была использована проективная методика рисунок «Я и моя болезнь». Для регистрации поведения респондента использовался метод наблюдения. Для оценки включенности в социум ВИЧ-инфицированных, как одного из показателей качества жизни респондентов, использовалась методика построения социальной сети (Фонтаны, Перри, 1995). Методика Хайма (1988) использовалась нами для выявления

индивидуальных копинг-стратегий в беседе, как и копинг-шкалы: Опросник способ совладания (ОСС-WCQ) С. Фолкман Р. Лазаруса, 1988, адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой (2003) для определения копинг-стратегий; Экспресс-опросник копинг-стратегий (Brief Copе Ч. Карвера, М. Шайера, Дж. К. Вайнтрауба, 1997) достаточно краток, чтобы не утомить респондентов. Методика депрессивности Бека (в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001) позволяет диагностировать уровень депрессии. Методика Шкала одиночества (LS) Дж. Гервельд и Т. фон Тилбурга, 1998 адаптирована Т.Л.Крюковой и О.А. Екимчик, (2014) использовалась для определения уровня 9 одиночества респондентов. Для определения личностных черт использовались Шкала ценностей Ш. Шварца и В. Бильски (1990); Шкала самооценки Т. Сингелиса – краткая форма (The Self-Construal Scale, 1994);

Далее приводятся основные *результаты* эмпирического исследования, включавшего несколько этапов. На первом этапе исследования респонденты были ознакомлены с ходом и этапами исследования, также с предложенными методами и методиками, проводилось феноменологическое интервью, с помощью которого вся выборка была разделена на группы. В одну группу вошли люди с ВИЧ, заразившиеся половым путем, в другую – люди, имеющие наркотический путь заражения; также учитывался факт приема АРВТ (антиретровирусной терапии) и длительность заболевания.

Качественно-количественный анализ данных позволил представить данные о совладающем поведении ВИЧ-инфицированных разного пола с разными способами заражения. Для проверки гипотезы о том, что ВИЧ – инфицированность выступает как длительная стрессогенная/кризисная ситуация для заболевшего человека, которая оказывает воздействие на развитие личности, качество жизни человека, его жизненный стиль посредством острого стресса/травмы постановки диагноза, а далее хронического стресса, были проанализированы проективные рисунки на тему «Я и моя болезнь», интервью и данные шкал «Опросника депрессивности Бека» и «Шкалы одиночества» Дж. Гервельд и Т. фон Тилбурга.

Всем рисункам «Я и моя болезнь» ВИЧ-инфицированных респондентов свойственны: слабый нажим на карандаш, предпочтение отдаётся черному или коричневому цветам (несмотря на то, что был предложен набор цветных карандашей), отсутствует штриховка, от этого рисунки выглядят прозрачными. У большей части респондентов рисунки очень маленькие, большая часть листа формата А4 не использована. Несмотря на то, что всем респондентам давалась одинаковая инструкция нарисовать себя и свою болезнь, 37% респондентов изобразили только человека (себя), «болезнь» отсутствует; 21% изобразили себя и обозначили болезнь графически, 9% - только абстракцию болезни; у 33% просто абстрактный рисунок, не дающий четкого различия себя или болезни. Это свидетельствует о внутреннем отторжении болезни и неприятии сложившейся ситуации у большинства респондентов. Содержательный анализ рисунков «Я и моя болезнь» показал, что ситуация ВИЧ-инфицирования является острым стрессом и влечет за собой сильные переживания и кризис личностного развития.

К наиболее выраженным переживаниям стресса у ВИЧ-инфицированных респондентов относятся: агрессия (58%), обострение потребности в безопасности (40,7%), тревожность (33,3%). У многих респондентов присутствуют эмоциональные признаки депрессии: подавленность (17,3%), страх (16%), страх смерти (12,3%),

напряжение (18,5%), эмоциональная отчужденность (4,9%), импульсивность (17,3%). Данные переживания свидетельствуют об остром стрессе ВИЧ-инфицированных респондентов, который усиливается отсутствием чувства защищенности и принятия со стороны общества. Об этом свидетельствуют следующие маркеры стресса и несовладания респондентами с болезнью, которые также были выявлены при анализе рисунков «Я и моя болезнь». У половины респондентов (50,6%) присутствует межличностный конфликт, ухудшились взаимоотношения с близким окружением в связи с постановкой диагноза ВИЧ-инфекция. При этом они не принимают любую критику своего поведения, проявляют явную склонность к *агрессии* в межличностных контактах (33,3%), которая является их способом и защиты и совладания со стрессом. У третьей части выборки присутствует инкапсуляция, стремление отгородиться от всего внешнего мира, своей болезни (уход). В тоже время есть стремление соответствовать социальным стандартам (29,6%), ощущение себя другим, неписываемым в социальные нормы и эталоны. Часть респондентов используют *избегание* (13,6%), либо устремленность в прошлое (13,6) - до постановки диагноза как способы совладания со стрессом. В редких случаях (3,7%) прибегают к копинг-стратегии *самоконтроля* (рис. 1).

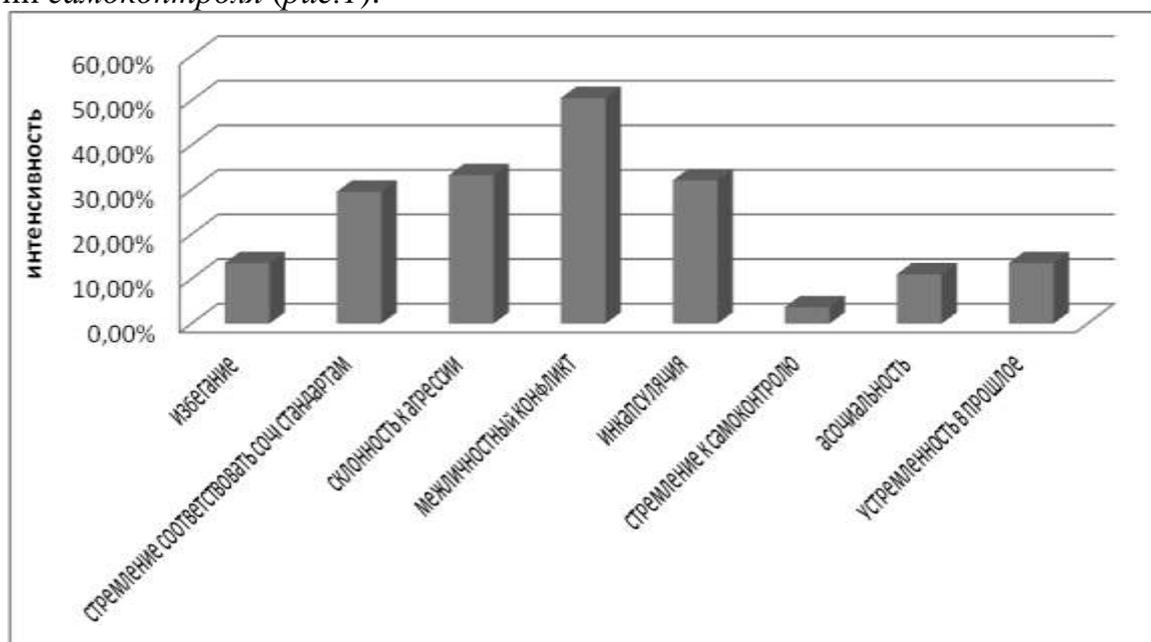


Рисунок 1. Поведенческие признаки стресса и несовладания у ВИЧ-инфицированных респондентов

Следовательно, у большинства респондентов отмечается повышение напряженности психологических защит, *эмоционально-ориентированного* копинга и копинга, ориентированного на *избегание*. Однако выбранные стратегии совладания в данном случае являются непродуктивными и совместно с выраженными защитами только обостряют кризисные переживания стресса ВИЧ-инфицирования, усиливая его отчуждением от общества, усугубляя чувство одиночества.

Результаты бланковых методик (в частности, опросника депрессивности А. Бека) показали следующее.

Наличие депрессии является одним из признаков стрессогенности переживаемой ситуации. В связи с этим был определен уровень депрессии у респондентов: «отсутствует депрессия» - 52,42%, «легкая депрессия» - 23,3%, «умеренная депрессия» - 8,7%, «выраженная депрессия» - 9,7%, «тяжелая депрессия» - 5,8%. Следовательно, можно утверждать, что почти у половины выборки - 47,58%

респондентов присутствует депрессия в той или иной форме, что свидетельствует о стрессогенности / кризисности ситуации ВИЧ-инфицирования для человека. Кроме того, анализ интервью позволил выявить признаки стресса у ВИЧ-инфицированных респондентов: страх-60,19%; депрессивность—42,72%, шок -75,73%, физиологические проявления – 23,3%.

Пример: из интервью К., 28 лет, женщины (на учёте в СПИД-центре 12 лет).

Узнав о диагнозе, испытала сильнейший шок, страх, паника, первая мысль, что это последний день в моей жизни. Истерика и холодный пот, а потом ступор. Куда идти, кому рассказать? Где искать помощи? Закрылась дома и неделю лежала, не хотела никого видеть, ждала смерть. Плакала и смотрела в никуда. Потом собрала последние силы и пошла в больницу. Врачи помогли узнать о болезни. Но с работы уволилась, не смогла смотреть коллегам в глаза, казалось, что все всё знают. Сейчас стараюсь не думать и не вспоминать о болезни, пока не приходит время контрольных анализов.

Таким образом, утверждается, что ВИЧ-инфицирование является стрессогенной / кризисной для развития человека ситуацией, оказывающей влияние на качество жизни, значительно снижая его и способствуя возникновению депрессии. Отмечено, что физиологические проявления стресса отмечают чаще респонденты, недавно получившие статус ВИЧ (50%), по сравнению с теми, кто живет с этим статусом давно (18%). Следовательно, человек, узнав об инфицировании ВИЧ, переживает сильный или острый стресс. С течением времени выраженность физиологических проявлений несколько снижается, что является результатом частичного совладания со стрессом болезни. Подчеркивается, что люди с диагнозом ВИЧ живут в состоянии хронического психологического стресса, независимо от того, сколько времени прошло с постановки диагноза.

В качестве показателя стрессогенности / кризисности ситуации ВИЧ-инфицирования и снижения качества жизни рассматривается уровень эмоционального и социального одиночества (рис. 2).

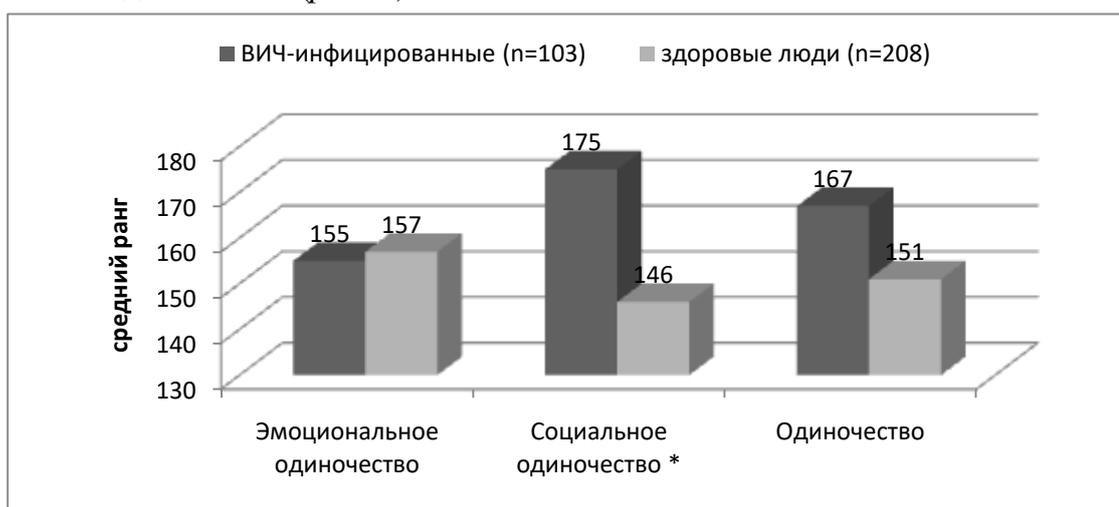


Рисунок 2. Выраженность эмоционального и социального одиночества у ВИЧ-инфицированных по методике: Шкала одиночества (LS) (n=103)

На основе анализа данных, приведенных в рис. 2, автор утверждает, что для большинства ВИЧ-инфицированных характерно переживание острого чувства эмоционального (68,93%) и социального одиночества (47,57%). Это проявляется в том, что человек чувствует свою социальную изолированность, отчужденность. Переживает недостаток близких эмоциональных отношений, принятия и поддержки со стороны

окружающих. Результаты интервью, бланковых и проективных методик позволяют констатировать, что ВИЧ-инфицированный человек чувствует себя эмоционально и социально изолированным, отторгнутым от общества, что усиливает переживание стресса ВИЧ-инфицирования и способствует возникновению либо усилению депрессии, оставляет человека с проблемой один на один, что соответственно отражается на качестве его жизни, снижая его.

Пример: из интервью Д., 29 лет, женщина (на учёте в СПИД-центре 6 лет)

Когда мне сообщили о диагнозе, то я решила сразу рассказать родным. Кто как не они, поддержат и разделят твоё горе. Поделилась, и меня изолировали в собственной семье. Запретили вместе со всеми садиться за стол, выделили отдельную посуду, и я ела после всех. Потом запретили выходить из комнаты, и никто не общался со мной. Сейчас уже конечно легче и близкие мои о ВИЧ узнали больше и не дистанцируются от меня, но поддержки так и нет.

Данные переживания обусловлены отношением, существующим в обществе к ВИЧ-инфицированным людям, недостатком информации о путях передачи ВИЧ и страхом быть ВИЧ-инфицированными. Таким образом, подтверждена первая гипотеза.

Для проверки основной гипотезы о том, что ВИЧ-инфицированные люди совладают со стрессом болезни по-разному, сравнивались две группы (первая - ВИЧ-инфицирование наркотическим путем, вторая - ВИЧ-инфицированные половым путем). Проверялось предположение, что путь заражения обуславливает совладание/несовладание со стрессом. Были получены следующие результаты. *Конфронтативный копинг* достоверно значимо ($t=-2,04$; $p=0,04$) выше выражен у респондентов с наркотическим путем заражения, чем у респондентов с половым путем инфицирования. Аналогичные результаты были получены и на основе анализа рисунков «Я и моя болезнь». Склонность к *агрессивным действиям* достоверно выше выражена ($\varphi=2,71$; $p=0,01$) и более свойственна ВИЧ-инфицированным наркотическим путем заражения (48,7%), нежели половым путем (20,4%). Следовательно, люди, инфицированные ВИЧ наркотическим путем, чаще прибегают к *конфронтации* как стратегии совладания со стрессом, что говорит об их большей активности и мобилизации всех сил, характерных для конфронтативного копинга. С уверенностью говорится о том, что *конфронтативный копинг* может быть характерен для людей, употребляющих наркотики в целом, так как они в какой-то мере противопоставляют себя обществу, вступив с ним в конфликт.

Для людей с наркотическим путем заражения ВИЧ достоверно больше ($t=-2,52$; $p=0,01$) характерна копинг-стратегия *юмор* ($m=4,87$), чем для респондентов с половым путем заражения ($m=3,89$). Они стремятся видеть в сложившейся ситуации больше комичного, смешного, абсурдного, тем самым обесценивая ситуацию, снижая ее значимость и серьезность, не уделяя должного внимания заботе о собственном организме, здоровье, что препятствует совладанию с болезнью в целом.

Необходимо отметить, что копинг-стратегии ВИЧ-инфицированных наркотическим путем являются более противоречивыми и взаимоисключающими. Например, наряду с *конфронтативным* копингом, которому они отдают предпочтение, чаще наблюдается и *стремление соответствовать социальным стандартам* ($\varphi=1,97$; $p=0,05$). Среди ВИЧ-инфицированных наркотическим путем 40,5% респондентов отмечают *стремление соответствовать социальным стандартам*, значительно чаще, чем ВИЧ-инфицированные половым путем - 20,5%.

Людам с половым путем заражения более свойственна, чем людям с наркотическим путем инфицирования стратегия совладания *принятие ответственности* ($m_1=6,04$ против $m_2=5,31$) ($t=2,48$; $p=0,02$). Следовательно, они в большей мере принимают проблему, ситуацию как она есть со всей ее серьезностью и необратимостью. Это дает возможность для продуктивного совладания со стрессом, а также выстраивания стратегии жизни с ВИЧ. Но необходимо отметить такой факт, что есть различия между ВИЧ-инфицированными половым путем ($m=3,73$) и ВИЧ-инфицированными наркотическим путем ($m=3,06$) по стратегии *отрицание* ($t=1,94$; $p=0,05$). Выявленная тенденция к различиям говорит о том, что для людей с половым путем заражения ВИЧ более характерна копинг-стратегия *отрицание*, то есть отказ верить поставленному диагнозу. Таким образом, говорится о противоречивости стратегий совладания людей с половым путем заражения ВИЧ.

Выявлены достоверно значимые различия в частоте и выраженности *деструктивного совладания* и *продуктивных способов совладания* ЛЖВ с разными путями ВИЧ-инфицирования (таблица 1).

Таблица 1. Выявленность способов совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования у людей с разными способами инфицирования (n=103) (по данным интервью).

Копинг-стратегии	Критерий χ -квадрат	Уровень значимости	Н/П заражения	П/П заражения
Деструктивное совладание	38,878	$p \leq 0,000$	65%	7%
Обращение	5,218	$p \leq 0,022$	37%	59%
Проблемно-ориентированный копинг	14,928	$p \leq 0,000$	33%	4%
Избегание	3,668	$p \leq 0,055$	61%	65%

Полученный результат свидетельствует о том, что инфицированные наркотическим путем в стрессовой ситуации продолжают саморазрушение, убегая в наркотизацию и алкоголизацию.

Парадоксальным является выявленный в интервью факт, касающийся *проблемно-ориентированных* способов совладания. ВИЧ-инфицированные наркотическим путем чаще применяют стратегии *проблемно-ориентированного* совладания, ВИЧ-инфицированных половым путем. Таким образом, человек, заразившийся половым путем, отказывается принимать на себя ответственность за сложившуюся ситуацию, ведет себя инфантильно, пассивно в некоторых случаях, не видит способов разрешения проблемы и большей адаптации к среде. Это выступает барьером в развитии продуктивного совладания в кризисной ситуации и, как следствие, развития личности в целом.

Следовательно, человек инфицированный ВИЧ, независимо от того, каким способом он был заражён, не находит в себе сил для самостоятельного разрешения сложившейся ситуации, оказания себе помощи и поддержки, стремится уйти от нее, забыться, отказывается верить в происходящее. У него включаются психологические защиты. Ситуация воспринимается как чрезвычайно травмирующая, и безусловно, критическая.

Также с помощью интервью выявлены половые различия в способах совладания ВИЧ-инфицированных. Мужчины и женщины достоверно значимо различаются по параметру способ заражения ВИЧ (χ -квадрат=31,367; $p=0,000$): женщины чаще заражаются половым путем, мужчины наркотическим.

При сравнении выраженности у мужчин и женщин способов совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования выявлены следующие различия (таблица 2)

Таблица 2. Выраженность способов совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования у мужчин (n=38) и женщин (n=65) (по данным интервью).

Основные показатели	Критерий χ^2 -квадрат	Уровень значимости	мужчины	женщины
Деструктивное совладание	10,927	$p \leq 0,001$	55%	23%
Придача смысла	5,291	$p \leq 0,021$	15%	3%
Религиозность	2,886	$p \leq 0,089$	2,6%	12,2%
Избегание	6,406	$p \leq 0,011$	47%	72%
Эмоциональная разрядка	3,785	$p \leq 0,052$	0%	9,4%

В частности, достоверно значимые различия существуют между инфицированными мужчинами и женщинами по *деструктивному совладанию*. Мужчины чаще используют *деструктивные способы*, направленные на саморазрушение личности. Копинг, ориентированный на *избегание*, больше характерен женщинам, чем мужчинам. Различия между мужчинами и женщинами существуют и по частоте выбора стратегии совладания «*придача смысла*». Мужчины чаще стремятся найти смысл в сложившейся ситуации.

Есть ряд тенденций к различиям по полу; в частности, тенденция по стратегии «*религиозность*» женщины чаще прибегают к этой стратегии в стрессовой ситуации ВИЧ-инфицирования. Хотя в целом эта стратегия мало характерна для ВИЧ-инфицированных респондентов, что является парадоксальным, на первый взгляд. Часть ВИЧ-инфицированных наркотическим путем заражения проходили реабилитационную программу «12 шагов», которая опирается на религиозность человека. Такая же тенденция наблюдается в отношении стратегии «*эмоциональная разрядка*». Женщины выбирают ее чаще мужчин, которым она вообще не свойственна. Эмоциональная разрядка, в основном, проявляется через плач и рыдание в данном случае, то есть формы поведения, приписываемые в культуре чаще женщинам, чем мужчинам.

Достоверно значимых различий между мужчинами и женщинами по указанным в таблице способам совладания не выявлено (таблица 3).

Таблица 3. Выраженность способов совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования у мужчин (n=38) и женщин (n=65) (по данным интервью).

Копинг-стили и копинг-стратегии	мужчины	женщины
Проблемно-ориентированный копинг	26%	12%
Эмоционально-ориентированный копинг	18%	15%
Обращение за помощью	44%	51%
Поиск информации	35%	29%

Необходимо отметить, что стратегия совладания *поиск информации* свойственна ВИЧ-инфицированным людям, независимо от пути заражения, что иллюстрирует факт недостаточности просвещения населения в российском обществе со стороны здравоохранения и социальных служб о ВИЧ. Люди, столкнувшись с ВИЧ, не обладают достаточной информацией о том, как быть дальше, что это такое, какое требуется лечение. С другой стороны, поиск информации как способ совладания со

стрессом является продуктивной стратегией, так как помогает человеку сориентироваться в стрессовой ситуации и выстраивать дальнейшую линию жизни.

Таким образом, основная гипотеза о том, что ВИЧ-инфицированные люди совладают со стрессом болезни по-разному: в диапазоне совладание - несовладание, подтвердилась, однако совладание, в целом, не достигает максимальной продуктивности по выраженности и гибкости.

Для проверки гипотезы о том, что уровень совладания/несовладания со стрессом у ВИЧ – инфицированных сопряжен с рядом диспозиционных и социальных факторов, а именно: степенью открытости диагноза другим (социуму), одиночеством, депрессивностью, качествами самооценки, характеристиками социальной сети, ценностями субъекта и др. использовался множественный регрессионный анализ. Получены следующие результаты.

Выявлена достоверно значимая отрицательная и положительная сопряженность способов совладания и диспозиционных факторов:

❖ *эмоционального одиночества и конфронтативного копинга* ($R=0,258$, $R^2=0,067$, $p=0,009$, $F=7,201$). Чем острее человек ощущает недостаток эмоциональных связей, тем менее агрессивно он себя ведет, но в тоже время у него ощущается недостаток энергии для преодоления проблемы. Конфронтативный копинг отражает агрессивность, мобилизованность человека в стрессовой ситуации, стремление защитить себя, отразить нападки окружающих ($\beta=-0,258$; $p=0,009$).

❖ *поиск социальной поддержки и эмоциональное и социальное одиночество* ($R=0,283$, $R^2=0,080$, $p=0,016$, $F=4,339$). Выраженность поиска социальной поддержки обусловлена интенсивностью переживания эмоционального и социального одиночества. При этом необходимо отметить, что предиктор видов одиночества разнонаправлен: у эмоционального одиночества – отрицательно ($\beta=-0,24$; $p=0,046$), а у социального – положительное ($\beta=0,348$; $p=0,004$). Следовательно, чем острее ВИЧ-инфицированный переживает эмоциональное одиночество, тем реже он ищет поддержку у окружающих людей, усугубляя свой стресс / кризис. Социальное одиночество, отсутствие социальных контактов, наоборот, стимулирует поиск социальной поддержки ВИЧ-инфицированными, стремление преодолеть свою изолированность от общества.

❖ *эмоциональное одиночество* ($R=0,409$, $R^2=0,168$, $p=0,000$, $F=20,342$) и *отрицание*. ($\beta=-0,409$; $p=0,000$). Высокая выраженность эмоционального одиночества, свидетельствует, что респонденты редко прибегают к такой стратегии, осознают и принимают наличие у себя ВИЧ-инфекции.

❖ *социальное / эмоциональное одиночество и поиск эмоциональной поддержки* ($R=0,403$, $R^2=0,163$, $p=0,000$, $F=9,720$). Важно отметить, что *эмоциональное одиночество* имеет отрицательную сопряжённость с данной стратегией ($\beta=-0,319$; $p=0,006$), а *социальное одиночество* – положительную ($\beta=0,499$; $p=0,000$). Следовательно, отсутствие социальных связей и круга общения стимулирует поиск сочувствия и принятия у ЛЖВ, а недостаток привязанностей, симпатии со стороны близких людей, чувство изолированности, наоборот, ведет к отказу от использования эмоциональной поддержки.

❖ *поиск инструментальной поддержки* ($R=0,434$, $R^2=0,189$, $p=0,000$, $F=7,672$) сопряжен с показателями *социального/эмоционального одиночества и уровнем депрессивности*. При этом *эмоциональное одиночество* является отрицательным предиктором ($\beta=-0,257$; $p=0,034$), а *социальное одиночество* ($\beta=0,489$; $p=0,000$) и

уровень депрессивности ($\beta=0,203$; $p=0,047$) положительным. В данной выборке у большинства респондентов выражен высокий уровень эмоционального одиночества, что затрудняет использование ими инструментальной поддержки, для сохранения хорошего физического самочувствия и преодоления стресса.

❖ *избегание* сопряжено с показателями *когнитивно-аффективной* субшкалы по Беку и *эмоциональным одиночеством* ($R=0,490$, $R^2=0,240$, $p=0,000$, $F=15,778$). При этом *когнитивно-аффективные переживания депрессии* являются положительным предиктором ($\beta=0,365$; $p=0,000$), а *эмоциональное одиночество* ($\beta=-0,200$; $p=0,044$) отрицательным предиктором выбора *избегания*. Выраженность негативных мыслей и переживаний, сопровождающих депрессию, провоцируют «запуск» стратегии совладания *избегание*, стремления убежать, снизить напряжение, избавиться от стресса доступными способами. Ощущение *эмоционального одиночества* усиливает стресс и заставляет человека отказаться от попыток, улучшить свое состояние, что ведет к несовладанию, т.е. пассивности, неделанию ничего для выживания, спасения, адаптации.

❖ *планирование решения проблемы* и совокупность переменных - *когнитивно-аффективная субшкала депрессивности и возраст* ($R=0,298$, $R^2=0,089$, $p=0,010$, $F=4,860$) также сопряжены. При этом возраст положительно ($\beta=0,197$; $p=0,042$), а негативные переживания и мысли, сопровождающие депрессию, отрицательно ($\beta=-0,216$; $p=0,026$) предсказывают выбор стратегии *планирование решения проблемы*. Следовательно, с возрастом ВИЧ-инфицированные респонденты чаще планируют свои действия в стрессовой ситуации, пытаясь найти рациональное решение, но при этом важно, чтобы отсутствовали негативные мысли, переживания, характерные для депрессии. Переживание депрессии на когнитивно-аффективном уровне затрудняет рациональное осмысление и планирование способов разрешения проблемы.

❖ *юмор* является предиктором самооценки «*я взаимозависимое*» ($R=0,404$, $R^2=0,164$, $p=0,045$, $F=4,498$). Оценка собственной взаимозависимости от других отрицательно предсказывает выбор указанной копинг-стратегии ($\beta=-0,404$; $p=0,045$). Следовательно, чем более зависимым от мнения окружающих считает себя человек, тем реже он будет использовать *юмор* в качестве способа совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования. И, наоборот, стремление противопоставить себя обществу, подчеркнуть собственную независимость от его мнения, которую мы отмечаем у ВИЧ-инфицированных наркотическим путем, способствует использованию *юмора*, в качестве копинг-стратегии.

❖ *самооценка* является предиктором для отдельных стратегий совладания. В частности, такой аспект самооценки, как «*я независимый*» предсказывает копинг-стратегию *самоконтроль* ($R=0,414$, $R^2=0,172$, $p=0,039$, $F=4,769$). Необходимо отметить, что предикция в данном случае отрицательная ($\beta=-0,414$; $p=0,039$). Чем выше оценивает свою независимость ВИЧ-инфицированный, тем меньше вероятность, что он будет использовать *самоконтроль* в качестве стратегии совладания со стрессом болезни.

❖ *активный копинг* обусловлен возрастом респондентов ($R=0,227$, $R^2=0,051$, $p=0,021$, $F=5,477$). Но при этом сопряженность возраста и интенсивности выраженности активных действий для совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования положительная ($\beta=0,227$; $p=0,021$). Это может быть обусловлено расширением спектра копинг-стратегий с опытом у человека, принятием на себя ответственности за случившиеся и стремлением преодолеть проблему.

❖ *использование психоактивных веществ* воздействует на соматическое переживание депрессии ($R=0,336$, $R^2=0,113$, $p=0,001$, $F=12,825$). Чем сильнее ВИЧ-инфицированный ощущает соматические переживания депрессии и недомогание, тем чаще он стремится прибегать к психоактивным веществам как способу улучшения своего состояния и снижения стресса ($\beta=0,336$; $p=0,001$).

❖ *когнитивно-аффективная шкала по Беку* сопряжена с *самообвинением* ($R=0,410$, $R^2=0,168$, $p=0,000$, $F=20,375$). Положительный предиктор ($\beta=0,410$; $p=0,000$) стратегии «самообвинение». Следовательно, негативные мысли и эмоции, сопровождающие депрессивное состояние усиливают стратегию *самообвинение*, что только усугубляет негативное состояние человека, усиливает стресс.

Таким образом, подтверждено, что способы совладающего поведения обусловлены возрастом, самооценкой, видами одиночества, уровнем депрессивности. При этом важно отметить, что наибольшую предикцию осуществляют самооценка, эмоциональное и социальное одиночество и когнитивно-аффективные переживания, сопровождающие депрессию. Интересным является то, что перечисленные факторы не являются совокупными предикторами копинг-поведения. Установленная предикция избирательно касается отдельных стратегий совладающего поведения. Удивительно, что широта социальной сети не имеет прямого сопряжения со способами совладающего поведения ЛЖВ. Таким образом, частично подтвердилась гипотеза о влиянии диспозиционного и социального факторов на выбор копинг-стратегий.

Для проверки гипотезы о наличии динамики переживания стресса и совладания с ним при ВИЧ-инфицировании детально проанализировано в интервью респондентов. В качестве факторов динамики совладания с болезнью выбран путь заражения ВИЧ-инфекцией (половой или наркотический) и прохождение/отсутствие терапии.

В группе с заражением ВИЧ наркотическим путем выявлена склонность к неконструктивному и, как следствие, саморазрушающему совладанию (прием наркотиков и алкоголя). Данный факт указывает на усиление стресса и отражает негативную динамику совладающего поведения, так как деструктивный стиль совладания, в том числе, ухудшает физическое самочувствие человека.

Пример из интервью (С., 31 год, женщина, на учете в СПИД-центре 10 лет). *На момент постановки ВИЧ испытала весь ужас, который обрушился как ушат воды, страх, шок, депрессия. Недели 3-4 пребывала в ужасном состоянии, ждала смерти. Думала сделать передозировку, чтоб не мучиться. Потом начала искать информацию и пошла к врачу. Наркотики сразу бросила, стала вести здоровый образ жизни. Через год встретила старых друзей и опять начала употреблять наркотики. Родные меня отправили в реабилитационный центр, где я прожила без наркотиков год. Вышла другим человеком, с надеждами, но поняла, что в этой жизни я никому не нужна. На работу не берут, друзей нет. И опять начала употреблять наркотики, но во время спохватилась. Всего полгода прошло, и опять в реабилитационный центр на год уехала. Сейчас принимаю терапию (АРВТ), но «срывы» периодически бывают.*

Лонгитюдное исследование показало, что большей части ЛЖВ данной группы присуща «волнообразная» динамика совладания, что означает цикличность конструктивного и деструктивного совладания. Отмечается, что неожиданным фактом стало описание переживаний, испытанных в период постановки диагноза и диспансеризации. Хотя все указывают на «мнимую» готовность к диагнозу ВИЧ, всё же отмечают «шок, страх смерти, депрессию». Социальная сеть респондентов резко меняется. Все прежние контакты прерываются из-за страха разглашения диагноза.

Узнав о своем диагнозе, члены данной группы долго чувствуют себя «парализованными», растерянными и не способными что-то изменить в жизни. Это состояние может длиться годами, но сила воздействия стресса со временем меняется. Переживания, указанные респондентами, способствуют перемене образа жизни, но это является временным действием. Такое поведение можно считать попыткой конструктивно совладать в сложившейся ситуации, так как употребления наркотических средств, на данном этапе прекращается.

В поведении респондентов в этот период наблюдается конструктивное совладание, так как прекращается употребление наркотиков, идет поиск информации о болезни – это способы *проблемно-ориентированного* копинга. Также к конструктивному поведению относится копинг, ориентированный на *социальную поддержку*. Это регулярное посещение лечащего врача и контакт с близкими людьми. Использование таких способов совладания позволяет заразившемуся человеку изменить свою жизнь, что улучшает состояние его здоровья. Комплексное лечение позитивно отражается на качестве жизни, физическом, психологическом и эмоциональном состоянии человека, что положительно меняет его картину болезни, помогая выйти из кризиса. Но по данным интервью, очевидно, что использование копинг-стратегий *избегания* (не принимать болезнь, отрицать и полагать, что это ошибка или же обесценивать влияние ВИЧ) в совокупности с отказом от наркотиков приводит к срывам. Срывы проявляются, как правило, в возобновлении приема наркотиков (даже во время принятия лекарственных препаратов), либо приему алкоголя и развитию алкогольной зависимости. На фоне этого поведения появляется инфантилизм, равнодушное отношение к своему здоровью, отчаяние. На протяжении многих лет болезни у людей, живущих с ВИЧ, неоднократно наблюдается смена направленности динамики совладания – от осознанного прекращения употребления наркотических веществ, обращения за помощью в медицинские учреждения и лечения в реабилитационных центрах до возвращения к прежнему, привычному для них ранее образу жизни, употреблению наркотиков, совмещению наркотизации с приемом терапии. Для такой динамики применима метафора шторма - волн разной силы (Крюкова, Сапоровская, Шаргородская, 2016).

Для респондентов, заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем, также свойственна «волнообразная» динамика совладания со стрессом болезни. На начальном этапе болезни переживания практически не отличаются от тех, что отмечали ВИЧ-инфицированные наркотическим способом. Это страх смерти, шок, депрессия, отрицание болезни, избегание даже мыслей о ВИЧ-инфекции. С началом проявления симптомов болезни, человек задаётся вопросами о ВИЧ и начинает поиск информации о ней, обращается за медицинской помощью, если показано, то назначается приём терапии. Данный период позитивной динамики совладания длится 5–8 лет. Это тоже можно охарактеризовать как «шторм», но с периодами затишья, штиля. Респонденты этой группы склонны дистанцироваться от других людей, в большинстве скрытны, что со временем неизбежно усиливает чувство собственной отверженности и одиночества. Довольно часто это становится началом негативной динамики, которая проявляется в систематическом употреблении алкоголя, приводящим к алкоголизации и утрате субъективного контроля над ситуацией.

Пример из интервью (А., 32 лет, женщина, на учёте в СПИД-центре 9 лет). *Узнав о диагнозе, казалось, что перестала дышать, испугалась: «просто необъяснимый страх и холод внутри».* Муж, узнав о ВИЧ-статусе, бросил. Родным сказать не

решилась, побоялась, что тоже отвернуться. Пыталась справиться сама. Регулярно посещала больницу, пыталась найти информацию, лечение. Через год примерно начала принимать алкоголь, 4 года находилась в зависимости. Мысли о суициде не покидали, были навязчивой идеей. Потом встретила мужчину, сейчас живём вместе, всё налаживается. Снова хожу в больницу, принимаю терапию.

Важно отметить, что злоупотребление алкоголем ведет к иллюзорным способам решения проблемы, уходу от реальности, перестройке мотивационных и смысловых устремлений, что прерывает или деформирует развитие личности. Однако выявлена и более устойчивая продуктивная динамика у респондентов данной группы, обусловленная значимым поворотным позитивным жизненным событием.

Из интервью (О., 32 года, мужчина, на учёте в СПИД-центре 12 лет). Проходил медицинскую комиссию, где и выявили ВИЧ. Когда мне сообщили о диагнозе, не поверил, ладони вспотели, шок, страх, паника, куча вопросов в голове. Жена подала на развод, забрала сына. Сказал только отцу, а уж потом вместе матери рассказали, стало легче, что родители поддержали. Все годы наблюдаюсь в СПИД-центре, сдаю регулярно анализы. О болезни ни с кем не разговариваю, да и с кем о таком поговоришь? Стараюсь забыть на время. Сейчас не унываю, принимаю терапию и пытаюсь наладить свою личную жизнь.

Важную роль в динамике совладания у ВИЧ-инфицированных имеет фактор приема терапии (АРВТ). С помощью сравнительного анализа выявлены значимые различия совладающего поведения среди респондентов, принимающих и не принимающих терапию. Полученные данные показали различия по переменной *проблемно-ориентированного* копинга (χ -квадрат=13.13; при $p=0,00$). Респонденты, принимающие терапию, чаще используют данный способ совладания, чем респонденты, не получающие терапию. По другим копинг-стратегиям достоверно значимых различий не выявлено, они в равной мере представлены в обеих подгруппах. Данный факт говорит о том, что прием терапии, с одной стороны, может выступать как самостоятельный ресурс в качестве *проблемно-ориентированного* копинга, направленного на усиление субъективного контроля над ситуацией болезни. С другой стороны, прием терапии, позволяющий контролировать течение болезни, позволяет человеку подключать и другие стратегии *проблемно-ориентированного* совладания, это обеспечивает (хотя и не гарантирует) позитивную динамику совладания на протяжении долгого времени (Шаргородская, 2016). Таким образом, гипотеза о динамике переживания стресса и совладания с ним у ВИЧ-инфицированных подтвердилась. Динамике совладания у ВИЧ-инфицированных присущи следующие феноменологические закономерности: копинг является волнообразным динамическим процессом, представляющим собой смену циклов конструктивного и деструктивного совладания.

Для каждого человека важную роль в развитии (самореализации, поиске смысла жизни и т.д.) играет значимый близкий. ВИЧ-инфицированный человек, несмотря на высокую степень страха перед отвержением, стремится открыть свою «тайну» значимому Другому. Открытие диагноза, с одной стороны, дает возможность разделить переживания и страхи с другим человеком, а с другой стороны, увеличивает риск отторжения и стигматизации.

С помощью однофакторного дисперсионного анализа подтверждено, что предиктором степени открытости диагноза для других является уровень депрессивности (выраженность показателей по методике Бека и интервью). Выявлено,

что *степень открытости диагноза* сопряжена с *переживанием печали* ($F=5,082$; $p=0,008$). Люди с совершенно закрытым диагнозом не могут получить поддержку окружающих и стараются всеми силами его скрыть, оставаясь тем самым один на один со своей болезнью. ЛЖВ с умеренной степенью открытости диагноза социуму практически не отмечают у себя печали как признака депрессивности, так как могут поделиться своими переживаниями, получают поддержку от значимых людей. У тех, чей диагноз совершенно открыт социуму, уровень печали несколько выше, что связано с наличием стереотипов и дискриминации в обществе ВИЧ-инфицированных людей, создается вторичный стресс, который способствует повышению депрессии.

Отмечается установленный предиктор *степени открытости диагноза* социуму ($F=4,242$; $p=0,017$) *самоотрицание* как показатель депрессивности. У тех, чей диагноз совершенно закрыт социуму, как и при открытом диагнозе, уровень самоотрицания повышается, в первом случае как следствие стресса от наличия диагноза и самоизоляции от окружающих, во втором, как результат отторжения обществом.

При умеренной степени открытости диагноза социуму, человек получает поддержку, что снижает стресс и уровень депрессии, а в частности самоотрицания.

Также *степень открытости диагноза* социуму предсказывает уровень *самообвинения* в сложившейся ситуации ВИЧ-инфицирования ($F=3,286$; $p=0,021$). Следовательно, при совершенно открытом диагнозе для социума ЛЖВ частично перекладывает ответственность с себя на окружающих за сложившуюся ситуацию. При закрытом диагнозе ВИЧ-инфицированный принимает на себя ответственность полностью и фиксируется на ней, что усиливает самообвинение, затрудняет принятие и адаптацию. Проявление *плаксивости* у ЛЖВ также обусловлено степенью открытости диагноза социуму ($F=3,375$; $p=0,024$). В данном случае самый низкий уровень *плаксивости* отмечается у людей с умеренной *степенью открытости диагноза социуму*. При закрытом диагнозе для социума, также как и при совершенно открытом, отмечается высокий уровень *плаксивости* у ВИЧ-инфицированных, что является признаком наличия депрессии.

Совершенно аналогичные закономерности выявлены в отношении воздействия *степени открытости диагноза* на *когнитивно-аффективные* признаки депрессии ($F=4,763$; $p=0,011$) и на уровень депрессии в целом ($F=3,485$; $p=0,034$). Анализ результатов, позволяет утверждать, что когнитивно-аффективные признаки депрессии и уровень депрессии в целом выше у ВИЧ-инфицированных, чей диагноз совершенно закрыт для окружающих. Их стремление скрыть диагноз сопровождается самоизоляцией, которая усиливает стресс в целом и затрудняет конструктивное совладание с ним.

Таким образом, делается заключение о значимой и достаточно обширной предикции уровня стресса у ВИЧ-инфицированных наличием значимого Другого и степенью открытости диагноза социуму. Однако нельзя утверждать этого в отношении стратегий их совладания со стрессом. Наличие значимого Другого и доверительность отношений с ним должны бы выступать ресурсом, способствующим совладанию со стрессом ВИЧ-инфицирования, однако в данном случае он не осознается и не используется.

Выводы:

Полученные в ходе исследования результаты согласуются с данными других - Шаболтас, 2010, 2011, 2014; Biswas, 2007; Rodkjaer, 2014 и т.д.

1. ВИЧ-инфицированность является специфической стрессогенной ситуацией, которая отражается на психологическом, эмоциональном, личностном и социальном благополучии человека, создавая ненормативный (биографический) кризис развития. Длительность переживания стрессогенной ситуации ВИЧ-инфицированным подтверждается наличием физиологических, эмоциональных признаков стресса, отсутствием близких отношений и привязанностей, самоизоляции и наличием депрессии в равной мере у людей с разным сроком давности постановки диагноза. Снижение выраженности физиологических признаков стресса со временем при сохранении эмоциональных на том же уровне свидетельствует о переходе стресса со стадии острого на стадию хронического.

2. Существует стигматизация больных с ВИЧ-инфекцией, а именно, предубеждения и негативные установки по отношению к ним. Диагнозу ВИЧ сопутствует тяжёлая кризисная жизненная ситуация, вызванная дополнительными стрессорами в частной жизни заболевшего. Из-за непринятия диагноза стресс воспринимается острее как экстремальный (неожиданный и сильный). В целом, часть результатов согласуется с полученными другими авторами (Шаболтас, 2014; Кудрич и др., 2015), что повышает их надёжность.

3. Анализ результатов показал, что депрессивные состояния, самооценка, качества межличностных отношений ЛЖВ, глубина стресса, уровень одиночества, степень открытости диагноза и многие другие факторы обуславливают эффективность совладания/несовладания с данным стрессом / кризисом развития.

4. Эмпирически установлено, что различия в совладании со стрессами (болезнь, повседневная жизнь с ВИЧ) связаны с половой принадлежностью и путем инфицирования. ВИЧ-инфицированным женщинам в большей мере свойственны такие копинг-стратегии как *эмоциональная разрядка, избегание, религиозность и обращение за помощью*. Мужчины чаще отдают предпочтение стратегиям: *придача смысла, юмор и деструктивное совладание*. ВИЧ-инфицированным половым путем больше характерна противоречивость копинг-стратегий: *принятие, отрицание и обращение за поддержкой/информацией*. Инфицированные наркотическим путем также характеризуются наличием амбивалентности в стратегиях совладания: *юмор, конфронтативный копинг и стремление соответствовать социальным стандартам, установка собственной ценности, проблемно-ориентированные копинг - стратегии и деструктивное совладание*.

5. Независимо от способа инфицирования люди с ВИЧ отдают предпочтение стратегиям совладания, ориентированным на *избегание и поиск информации*. Отсутствие у них информации о ВИЧ, стремление убежать вместо приспособления и противоречивость копинг-стратегии в обеих группах приводят к дезадаптации и несовладанию со стрессом. А так как конструктивные способы совладания являются адаптивным фактором, помогающим развитию личности, то несовладание - это барьер для дальнейшего развития и становления зрелой личности.

6. Совладание со стрессом болезни у ВИЧ-инфицированных обусловлено самооценкой, возрастом, эмоциональным и социальным одиночеством, когнитивно-аффективными переживаниями депрессии. Эмоциональное одиночество блокирует *конфронтативный копинг, поиск социальной поддержки, отрицание, поиск эмоциональной и инструментальной поддержки, избегание*, то есть способствует несовладанию. Социальное одиночество, наоборот, положительно сопряжено с поиском *социальной поддержки, поиском инструментальной и эмоциональной*

поддержки. С возрастом у ЛЖВ активизируются стратегии *активного* копинга и *планирование решения* проблемы. Депрессия и ее признаки способствуют малоэффективным стратегиям совладания: *избегание, использование психоактивных веществ, самообвинение, выплеск эмоций*. Взаимодействия между диспозиционным и социальными факторами совладания в данной выборке не выявлено.

7. Динамика совладающего поведения не является линейной, включает несколько периодов продуктивного и непродуктивного совладания. На первом этапе острого стресса (постановка диагноза ВИЧ) идет активный поиск ресурсов для снижения воздействия стрессора. Далее предпринимается попытка повлиять на сложившуюся ситуацию, управлять своими социальными отношениями и тем самым снизить уровень стресса. В период чувства бессилия, а также осознания снижения качества жизни, неспособности управлять обстоятельствами, повышается уровень стресса. Это поведение характеризует *несовладание*, т.к. отсутствуют, какие-либо попытки справиться со сложившейся ситуацией. Следовательно, положительная или негативная динамика напрямую зависят от личностных качеств заразившегося человека, способа инфицирования от интенсивности воздействия стресса, наличия АРВТ и от качества межличностных отношений человека.

8. Степень открытости диагноза социуму нелинейно сопряжена с уровнем депрессии и ее отдельными признаками. Ниже всего депрессия и ее признаки выражены у людей с умеренной степенью открытости диагноза ВИЧ-инфекция («знают самые близкие»), наиболее высокий уровень выраженности депрессии и стресса зафиксирован у тех, чей диагноз полностью закрыт. Степень открытости диагноза обуславливает только одну стратегию совладания – *самообвинение*. *Самообвинение* характерно для людей, как с закрытым, так и совершенно открытым диагнозом.

В **Заключение** диссертационной работы подводятся основные итоги, рассматриваются перспективы дальнейшего исследования проблемы. Все гипотезы, заявленные в исследовании, подтверждены. Отмечено, что для более полного раскрытия сущности совладания ВИЧ-инфицированных с трудной ситуацией болезни будет продолжено изучение факторов переживания стресса / кризиса и выбора продуктивных стратегий совладания, положительной копинг-динамики. Проблема совладания субъектов с ВИЧ-инфекцией, безусловно, требует дальнейшей углубленной разработки.

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

Статьи, опубликованные в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ:

1. Крюкова Т.Л., Шаргородская О.В. Социокультурный контекст совладания в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова: Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокенетика. – 2012. - Т. 18. - №4. - С. 135 – 141. (1,06 п.л.)

2. Крюкова Т.Л., Шаргородская О.В. Одиночество ВИЧ-инфицированных людей как фактор, препятствующий совладанию с болезнью // Ярославский педагогический вестник. – 2015. №3. С. 205-211 (0,88 п.л.)

3. Шаргородская О.В., Сапоровская М.В., Крюкова Т.Л. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. Т. 21, №4. 2015. С. 138–143. (0,88 п.л.)

4. Шаргородская О.В. Влияние диспозиционных и социальных факторов на выбор совладающего поведения в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) // Психологические

исследования. 2016, 9(49), 1. [URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n49/1328-shargorodskaya49.html>]. (1,0 п.л.)

Статьи в научных журналах, сборниках материалов научных, научно-практических конференций:

5. Шаргородская О.В. Особенности качественного исследования стресса и совладания у ВИЧ-инфицированных людей: материалы III Междунар. науч.-практ. конф., «Психология стресса и совладающего поведения» Кострома, 26-28 сент. 2013 г. В 2 т. Т 2 /отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. - С. 297- 299. (0,31 п.л.)

6. Шаргородская О.В. ВИЧ – инфекция и профессиональное здоровье // Ананьевские чтения – 2014: Психологическое обеспечение профессиональной деятельности: материалы научной конференции, 21-23 октября 2014г./ отв. ред. Г.С. Никифоров. – СПб.: Скифия-принт, 2014.- С. 29-30. (0,18 п.л.)

7. Шаргородская О.В. Профилактика суицидального состояния личности у людей, живущих с ВИЧ / Социально-психологическая профилактика и психотерапия суицидального состояния личности: сборник научных статей / под ред. д.псх.н., проф. Е.А. Петровой и д.псх.н., доцент Т.И. Бонкало – М., Академия имиджелогии, 2014. –С. 213-216. (0,25 п.л.)

8. Крюкова Т.Л. Шаргородская О.В. Одиночество как барьер в совладании с болезнью (ВИЧ-инфекции) // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова: Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. - 2014, Т. 20. - №3. - С. 152-156. (0,81 п.л.)

9. Шаргородская О.В. Совладающее поведение у беременных ВИЧ-инфицированных / ОТ ИСТОКОВ К СОВРЕМЕННОСТИ: 130 лет организации психологического общества при Московском университете: Сборник материалов юбилейной конференции: В 5-ти томах: Том 4 / Отв. ред. Богоявленская Д. Б. – М.: Когито-Центр, 2015. – С. 58-60. (0,31 п.л.)

10. Шаргородская О.В. Совладающее поведение ВИЧ-инфицированных людей / Актуальные вопросы медицинской науки: Сборник научных работ студентов и молодых учёных Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Ярославль: Издат. дом ЯГТУ, 2015, - С. 170-171. (0,13 п.л.)

11. Шаргородская О.В. Общение ВИЧ – инфицированных людей как ресурс совладания в психологическом консультировании: материалы XXII международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов». Москва, МГУ им. М.В. Ломоносова, 2015; [www.lomonosov-msu.ru]. (0,13 п.л.)

12. Шаргородская О.В. Проблема открытости диагноза ВИЧ-инфекции как фактор совладания со стрессом болезни / Материалы II Всероссийской науч.-практ. конф., «Актуальность и ответственность личности в контексте жизнедеятельности», Омск: ОмскГУ им. Ф.М. Достоевского, 2016. - С.152-155.(0,38 п.л.)

13. Шаргородская О.В. Открытость диагноза ВИЧ как ресурс в совладании с болезнью / Материалы IV-й Междунар. науч. конф. «Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие», Кострома, КГУ им. Н.А. Некрасова, 2016, В 2 тт. Т 1 / отв. ред.: Т.Л. Крюкова и др.– Кострома: 2016. - С. 80-85. (0,38 п.л.)