

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Костромской государственный университет»

На правах рукописи

Шаргородская Ольга Владимировна

**СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ**

Специальность: 19.00.13. - психология развития, акмеология
(психологические науки)

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

научный руководитель:

д.псих.н., профессор

Крюкова Татьяна Леонидовна

Кострома 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
ГЛАВА I. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ СТРЕССА: БОЛЕЗНЬ КАК СТРЕСС	
1.1. Психология стресса: понятие, классификации.....	16
1.2. Болезнь как стрессор и как стресс: психология болезни.....	22
1.3. Понятие и типология болезни ВИЧ – инфекция.....	28
1.4. Течение болезни ВИЧ – инфекции как стрессогенная ситуация.....	35
Выводы.....	41
ГЛАВА II. ПСИХОЛОГИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО С БОЛЕЗНЬЮ ПОВЕДЕНИЯ	
2.1. Понятие совладающего поведения: понятие, типология, структура..	44
2.2. Стратегии совладания в ситуации болезни.....	50
2.3. Совладающее поведение у ВИЧ-инфицированных беременных женщин.....	54
Выводы.....	60
ГЛАВА III. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОВЛАДАНИЯ С ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОСТЬЮ КАК СТРЕССОГЕННОЙ СИТУАЦИЕЙ	
3.1. Программа проведения эмпирического исследования.....	62
3.2. Представление и обсуждение результатов (количественный и качественный анализ данных групп с наркотическим и половым путём заражения ВИЧ).....	67
Выводы.....	107
Заключение	110
Биографический список.....	112
Приложения №1.....	131
Приложения №2.....	149
Приложения №3.....	193

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении всей своей жизни человек проходит множество этапов, периодов развития. В процессе взросления изменяются психические процессы субъекта, его сознание, деятельность и т.д. Человек, как член общества принимает социокультурную принадлежность, усваивает нормы и правила общества, семейные традиции и устои. Отношение человека к болезни и смерти также культурно обусловлены. В современном, стремительно изменяющемся мире насчитывается множество болезней. Среди них интерес отдается болезням с летальным исходом. Так, например, проблема ВИЧ/СПИДа все также 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 и укрепить иммунную систему, очень мало. Исследования в данном направлении носят разрозненный характер, посвящены отдельным аспектам и практически не систематизированы. Для сохранения качества жизни и успешного совладания ВИЧ-инфицированных людей со стрессом болезни 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. В настоящее время практически не существует квалифицированной психологической помощи ВИЧ - инфицированным, которая оказывала бы существенное влияние на сохранение их психического здоровья. (Покровский, 2003; Беляков, 2011; Шаболтас, 2011; Шаргородская, 2015).

В обществе сложилось мнение о принадлежности людей, живущих с ВИЧ к асоциальным или маргинальным слоям, что не соответствует действительности. Следовательно, данный факт влечёт за собой психологическое и нравственно-этическое неприятие больных с ВИЧ – инфекцией, что является их стигматизацией. Под стигматизацией мы понимаем (греч. *stygma*—клеймо, пятно) — негативное социальное последствие диагноза психической болезни, связанное с сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую. Порождает у заболевшего наряду с чувством стыда, вины, неуверенности, страха оскорбления стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и тем самым остаться в стороне от источников возможной (Burne, 1997).

Инфицированные люди, постоянно находятся под негативным психологическим давлением социума, что существенно осложняет их жизнь. Из этого следует, что стресс, который испытывает человек при постановке диагноза ВИЧ и далее, необходимо изучать системно и комплексно на индивидуально – психологическом и социально – психологическом уровне. Существует необходимость лучшего понимания особенностей психического состояния, которое влияет на эмоциональную сферу ВИЧ – инфицированных при постановке им диагноза и постановке на учет в центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, и потребность в разработке методов психологического воздействия на психическое состояние людей живущих с ВИЧ в данный период.

ВИЧ - инфицированность – это кризис для человека, что означает переживание ненормативного или экстремального стресса, где стрессором является заражение ВИЧ - инфекцией. Негативные эмоции порождают сдвиги на психофизиологическом уровне. Важнейшей функцией эмоций является оценочная, эмоции оценивают значимость объектов, ситуаций.

Причем очень часто такая оценка осуществляется в условиях дефицита времени или информации об объекте или ситуации и, значит, происходит снижение ресурсов для адаптации к поставленному диагнозу (Карвасарский, 2004).

ВИЧ-инфицированные отгораживаются от общества и оно, в свою очередь, дистанцируется от них, что порождает особую субкультуру в обществе, к которой и относятся люди, живущие с ВИЧ: 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-обусловлены, а совладающее поведение специфично (Шаргородская, 2015).

Люди, живущие с ВИЧ (далее: ЛЖВ), не совладают с ситуацией стресса, а именно постановкой диагноза, а далее испытывают состояние хронического стресса. Также немаловажным аспектом является то, что ЛЖВ страдают от ПТСР (посттравматический синдром) который обусловлен наличием диагноза. Данный факт негативно отражается на дальнейшем качестве жизни ЛЖВ. Важной причиной их одиночества, является непринятие ВИЧ - статуса, депрессия и несовладание со сложившейся ситуацией.

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 очень востребована, но в связи с малоизученностью и неразработанностью методов данная работа проводится в ограниченном объеме и часто имеет лишь ориентировочный характер без определённой, научно обоснованной программы.

Высокая социальная, теоретическая и практическая актуальность *проблемы* совладающего поведения у 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 признания специфики совладания у ВИЧ-инфицированных, выявления факторов и динамики феномена совладания у них подтверждают актуальность выбора темы диссертации, определяют ее цель и задачи.

Наряду с вышесказанным изучение феномена совладающего поведения в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) имеет особое значение. Данный факт позволяет определить не только закономерности, но и специфику совладания в контексте состояния хронического стресса и его разнообразные влияния на эмоциональный фон и благополучие ЛЖВ.

Разработанность проблемы:

За последние годы выявлена тенденция роста озабоченности медиков, в основном, телесным здоровьем пациентов, тогда как психологической сфере уделяется значительно меньше внимания. Важным является факт отсутствия должного внимания эмоциональным и личностным составляющим здоровья, которые оказывают непосредственное воздействие на иммунную систему ВИЧ-инфицированного (Зинченко, 2002).

Во многих работах указывается, что хронический стресс и неправильный образ жизни вызывают, как правило, депрессивные состояния и неблагоприятно влияют на состояние иммунитета (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999; Glaser, 2000 и др.). Вышеперечисленные факты, непосредственно касаются 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.).

Немаловажно, что, начиная с 90-х лет 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.А. Головей, Т.Л. Крюкова, А.В. Либин, А.В. Либина, С.К. Нартова-Бочавер, И.М.Никольская, Л.А. Регуш, Н.А. Сирота, Е.А. Сергиенко, В.М. Ялтонский 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, С. Хобфолл и др.).

Наряду с этим анализ литературы показывает то, что работ, посвященных изучению психологических особенностей личности, влияющих на эффективное совладание с болезнью, долгое время переживающей ситуацию хронического стресса, ситуацию тяжелой болезни, практически нет, или же их очень мало. Тем более, данные работы недостаточно систематизированы и имеют разрозненный характер.

Недостаточно изучены важные для сохранения здоровья психологические особенности людей, живущих с ВИЧ, их жизненный стиль и условия включенности их в деятельность. Психологической помощи ВИЧ - инфицированным, направленной на сохранение психического здоровья данной категории людей, в России не существует или она существует номинально. ВИЧ – инфекция, на протяжении многих десятилетий является практически неизлечимым заболеванием, при выявлении этого заболевания, человек остаётся один на один не только с острым стрессом, но и другими многочисленными трудными жизненными ситуациями. Экзистенциальные вопросы (смысл жизни и деятельности, одиночество) не менее важны и

оказывают сильнейшее воздействие на психическую - эмоциональную и личностную составляющую человека.

Проблема исследования. Исследовать совладающее поведение в ситуации болезни ВИЧ, которая является стрессогенной, угрожает качеству жизни, самооценке ВИЧ-инфицированного, воспринимается им как трудная и неразрешимая. Совладающее поведение в данной ситуации требует больших личностных ресурсов, и что значимо, умения гибко применять различные способы для облегчения психологического состояния и попытки изменить сложившиеся обстоятельства.

Постановка диагноза (ВИЧ) может привести к различным негативным последствиям для инфицированного человека, а именно: затяжная депрессия, попытки суицида, страх новых отношений, т.к. встаёт вопрос о раскрытии диагноза. Таким образом, изучение совладающего поведения в ситуации болезни ВИЧ - инфекция важно, в связи с тем, что чаще всего происходит сильное отрицательное воздействие на человека.

Цель исследования - выявить возможности совладающего поведения субъекта с учётом факторов, влияющих на выбор способов совладания/несовладания со стрессом в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции), определив уровень стрессогенности постановки диагноза ВИЧ и дальнейшего лечения.

Объект: совладающее поведение ВИЧ – инфицированных людей, переживающих специфический длительный эмоциональный/психологический стресс.

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 (болезнь, повседневная жизнь с ВИЧ) по-разному: от умеренного уровня совладания до несовладания.

Частные гипотезы:

1. ВИЧ – инфицированность выступает как длительная стрессогенная ситуация для заболевшего человека, которая оказывает воздействие на качество жизни человека с данным диагнозом и на его жизненный стиль посредством острого стресса/травмы постановки диагноза, а далее хронического стресса.

2. Уровень совладания/несовладания со стрессом болезни сопряжено 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 и совладания с ним у ВИЧ-инфицированных: в зависимости от этапа переживания стресса болезни, 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 период жизни заболевшего человека, что делает совладание с ситуацией болезни более трудным, затратным.

Нами 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.

3. Провести анализ работ по проблеме совладания поведения в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции).

Методические:

1. Разработать эмпирические стратегии и методический комплекс для исследования негативных переживаний человеком болезни ВИЧ-инфекции, а также особенностей его совладающего поведения в данной стрессовой 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: 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 болезни (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. Куфтяк, С.А. Хазова, О.Б. Подобина, 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 (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 болезнью людей, живущих с ВИЧ. Установлена динамика, свойственная совладающему поведению ВИЧ инфицированных людей (от совладания до несовладания) со стрессом. Предложено авторское понимание многосторонней обусловленности (социокультурный, ситуационный, личностный, диспозиционный) совладания с переживанием болезни ВИЧ-инфекции как с острым и длительным / хроническим стрессом. Важным аспектом научной новизны является рассмотрение несовладания с болезнью ВИЧ, специфики совладающего поведения ВИЧ – инфицированных людей, а также их соотношения в особенной 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 болезни ВИЧ. Непродуктивное совладание и несовладание, преобладающее у заразившихся, требует разработки прикладного аспекта проблемы. Подтверждается значимая роль продуктивного копинга для успешной адаптации в трудной ситуации, а

именно в длительном стрессе, но неиспользования ресурсов для конструктивного совладания.

Практическая значимость работы определяется возможностью использования результатов в практической деятельности психологов, сопровождающих ВИЧ – инфицированных на всём этапе диспансеризации и на момент постановки диагноза. Материалы исследования также могут быть использованы в системе профессиональной подготовки для проведения практических и теоретических занятий, образовательных программах по психологии стресса и совладающего поведения, психотерапии. Исследования направлены на выявление ресурсов для успешного совладания, а также сохранения психоэмоционального благополучия, систематизации и создания способов психологической помощи людям, живущим с ВИЧ. Однако 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) исследование феномена совладания с болезнью (ВИЧ-инфекцией) как фактор развития субъекта; исследование механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения как факторы, способствующие процессу 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 30-31), 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.

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 хронический стресс, что обуславливает в ситуации болезни его амбивалентную или негативную оценку своей личности и общества в целом; трудности в построении планов на будущее, принятии текущих решений. Данные последствия хронического стресса приводит к дезадаптации и несовладанию человека, инфицированного ВИЧ.

3. Специфика совладания с болезнью (ВИЧ-инфекцией) связана со слабой осознанностью либо искаженным восприятием субъекта 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: уровень одиночества, депрессивность, качество самооценки, широта и интенсивность социальной сети, предпочтение ценностей, степень открытости диагноза 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 им. 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 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, включающего 165 источника, в том числе, 40 на иностранных языках, 3 приложения. В работе содержится 2 таблицы и 22 рисунка.

ГЛАВА I. ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ СТРЕССА: БОЛЕЗНЬ КАК СТРЕСС

1.1. Психология стресса: понятие, классификации

Проблема стресса и его последствий чрезвычайно актуальна. Это объясняется тем, что стрессы являются неизбежными спутниками общественного и личностного развития, серьезно влияют на качество жизни и субъективное благополучие людей. Сложные явления современной жизни, такие, как возникновение внутренних и внешних конфликтов человека, объясняются рядом социально-экономических и психологических факторов.

Само понятие *стресс* (от англ. *stress*) – напряжение, давление, заимствовано из технической сферы, где оно использовалось для обозначения внешней силы, прилагаемой к физическому объекту и вызывающей его напряжение, то есть постоянное или временное изменение структуры объекта. Понятие стресса изначально появилось в физиологии и обозначало неспецифическую реакцию организма в форме ответа на любое неблагоприятное воздействие окружающей среды (или общий адаптационный синдром) (Анцупов; Шипилов, 2002). В дальнейшем термин «стресс» использовался также для описания состояния подвергшихся экстремальным условиям индивидов на физиологическом, биохимическом, психологическом, поведенческом уровнях.

Г. Селье в рамках своей теории относил к стрессу реакции организма на любые достаточно сильные воздействия среды, запускающие ряды общих процессов под участием коры надпочечников. Под стрессом чаще понимаются реакция организма именно на негативные воздействия внешней среды, что

отражается в тех определениях, которые дают этому понятию различные исследователи.

В.В. Суворова понимает под стрессом «функциональное состояние организма, возникающее в результате внешнего отрицательного воздействия на его психические функции, нервные процессы или деятельность периферических органов». Близким по смыслу является определение П.Д. Горизонтова, рассматривающего стресс как «общую адаптивную реакцию организма, развивающуюся в ответ на угрозу нарушения гомеостаза» (по: Щербатых, 2008. С. 13).

По определению, данному в Психологическом словаре (ред. Мещерякова и Зинченко, 2007), стресс представляет собой состояние психического напряжения, которое возникает у индивида, выполняющего деятельность в трудных, сложных условиях повседневной жизни, а также в особых обстоятельствах.

Такая неоднозначность во взглядах на сущность стресса ведет к различиям в понимании тех или иных психических явлений, несовпадению в трактовках изучаемых феноменов, противоречивости в полученных данных, а также к отсутствию четких критериев при их интерпретации, использованию неадекватных методических приемов исследования и т.д. (Бодров, 2006).

Для того чтобы сделать понятие стресса более ясным Р. Лазарус сформулировал следующие основные положения. Во-первых, терминологическая путаница и противоречия в определении понятия «стресс» может быть устранена, если анализировать психологический стресс с точки зрения не только внешних наблюдаемых ситуаций, но и некоторых, связанных со стрессом, психологических процессов — например, оценки угрозы. Во-вторых, под стрессовой реакцией возможно понимание не только защитных процессов, которые порождаются угрозой, — физиологической и поведенческой системами реакций на угрозу, которые связаны с внутренней

психологической структурой личности, со стремлением индивида справиться с этой угрозой. Особенности стрессовой реакции, так или иначе, связаны как с психологической структурой личности, процессами ее оценки и самозащиты, так и с воспринимаемой ею угрозой. Р. Лазарус говорил о том, что «только связывая характер стрессовой реакции с психическими процессами, действующими в людях с различными психическими структурами, мы можем надеяться объяснить происхождение явления и получить возможность их предсказывать» (приводится по: Бодров, 2006. С.-12). Для более ясного понимания влияния стресса на личность предлагаем один из элементов, классификации стресса В.А. Бодрова:

Психологический, которые в свою очередь включает в себя следующие виды стресса:

- внутриличностный, в котором отражаются конфликты внутри самой личности, ее нереализованные потребности и притязания и др.;
- межличностный, вызываемый сложностями во взаимодействии с другими людьми;
- личностный, связанный с разнообразными трудностями в жизни человека, в том числе с заболеванием, злоупотреблением спиртным или употреблением наркотиков и др.;
- посттравматический, связанный с перенесенной человеком тяжелой психической травмой;
- информационный, связанный с переизбытком или недостатком воспринимаемой человеком информации.

Следовательно, В.А. Бодров под психологическим стрессом понимает функциональное состояние психики и организма, для которого характерны существенные нарушения биохимического, физиологического, психического равновесия человека, а также его поведения под воздействием экстремальных

факторов психогенной природы (опасность, угроза, вредность или сложность условий жизнедеятельности) (Бодров, 2006).

Таким образом, под стрессом могут пониматься различные внешние события или стимулов, вызывающих у личности возбуждение или напряжение. Однако современные исследователи в данном значении чаще употребляют термин «стрессор».

Под стрессором понимаются неблагоприятные, значительные по силе и продолжительности внутренние и внешние воздействия, которые приводят к возникновению стрессовых состояний (ред. Мещеряков, 2006).

Стать стрессором, то есть вызывать стресс, таким образом, может любое происшествие, событие сообщение или факт. Факторы стресса также могут быть разнообразными: вирусы и микробы, всевозможные яды, высокая или низкая температура окружающей среды, физическая травма и др. Но без сомнения, факторами стресса могут быть и эмоциогенные стрессоры, то есть стрессоры, оказывающие влияние на эмоциональную сферу личности (неудача, несчастье, грубость, обида, фрустрация побуждений и потребностей). То, насколько то или иное событие послужит причиной стресса, помимо самой ситуации во многом связано и с особенностями самой личности: ее опытом, ожиданиями, уверенностью в себе и др. Особую роль в данном аспекте играет субъективная оценка личностью степени угрозы, которую несет в себе потенциально стрессогенное событие, ожидание опасных последствий. Таким образом, помимо объективных факторов, на возникновение и переживание стресса оказывают влияние и субъективные факторы, связанные с особенностями личности: ее оценкой ситуации, оценкой своих сил, способностей и ресурсов, которые могут быть использованы для разрешения трудной ситуации.

Д. Е. McGrath говорит о том, что стресс чаще всего возникает в тех случаях, когда индивид воспринимает внешнюю ситуацию как некое требование, которое может превысить его способности и ресурсы. Мотивационно-потребностная, эмоционально-волевая и когнитивная сферы личности являются важными факторами того, какую значимость личность придаст случившейся с ней экстремальной ситуации; как она оценит собственную возможность и готовность данную ситуацию преодолеть, а также выбрать максимально рациональную стратегию своего поведения в контексте случившейся ситуации.

Экстремальные ситуации можно разделить на кратковременные, в которых актуализируются программы реагирования, всегда существующие «наготове» в человеке, а также на длительные, приводящие к адаптационной перестройке функциональных систем личности. Нередко такая перестройка может переживаться личностью крайне неприятно, в том числе и быть неблагоприятной для ее здоровья (см.: Бодров, 2006).

Также различаются:

- эвстресс, который представляет собой положительный стресс, приносящий желаемый эффект и мобилизующий организм. При эвстрессе возникает развитие и активизация когнитивных процессов, процессов самосознания, осмысления реальности, воспоминаний.

- дистресс, являющийся отрицательным стрессом, несущим нежелательный, вредоносный эффект. Любой человек при этом может выносить оптимальный уровень стресса, но при повышении стрессовых воздействий выше уровня приспособительных возможностей человека, возможен переход стресс в дистресс. Для дистресса характерны такие признаки как утомление, раздражительность, снижение работоспособности, появление чувства безысходности и тревоги. При подобной неспособности справиться со стрессом могут возникать

истощение, принимающее форму нервного срыва, а иногда даже приводящее к психическим расстройствам (синдрому хронической усталости, депрессии и др.) или к появлению психосоматических симптомов (сердцебиение, язва желудка, повышенное давление, сердечно-сосудистые заболевания и т.д.).

Кратковременный стресс представляет собой проявления, характерные для начала длительного стресса. При воздействии стрессоров, приводящих к длительному стрессу, начало развития стресса может быть неявным, схожим с проявлениями процессов адаптации. В связи с этим кратковременный стресс рассматривают в роли усиленной модели начала длительного стресса.

Проявления длительного стресса напоминают начальные неспецифические симптомы соматических, а иногда и тяжелых болезненных состояний. Такой стресс может стать началом реального заболевания.

Физическая реакция, возникающая сразу после стресса, не приносит организму значительного вреда. В случае же, если естественная реакция на стресс не находит своего выражения из-за возможных нежелательных социальных последствий, то в таком случае, негативные последствия стресса могут сохраняться и накапливаться в организме. В таком случае стресс называют «хроническим», в связи с тем, что организм не среагировал на него своевременно и соответствующим образом. Как признают многие ученые, именно хронический стресс играет важную роль в возникновении многих болезней.

Некоторые стрессы представляют собой сверхэкстремальное воздействие на психику человека, и переживается изначально как травматический стресс, который в дальнейшем может вызывать различные признаки посттравматического стресса. Само возникновение понятия посттравматического стресса связано с анализом, в первую очередь,

клинических наблюдений последствий воздействия на человека экстремальных факторов.

Посттравматический синдром (ПТСР) представляет собой затяжную или отсроченную реакцию на ситуацию, сопряженную со значительной угрозой жизни или здоровью. Сила и интенсивность воздействия стресса на психику человека в таких случаях бывает так велика, что особенности личности как и предшествующее невротическое состояние уже не играет какой-либо роли в возникновении ПТСР (ред. Журавлев, Сергиенко, 2011).

Н.В. Тарабрина определяет понятие «посттравматический стресс» как комплекс симптомов, особенности которого отражают, прежде всего, нарушения в целостности личности в последствие психотравмирующего воздействия стрессоров чрезмерной интенсивности. Эмоционально-когнитивные изменения в личности иногда могут достигать такого высокого уровня, в результате чего у человека как субъекта снижаются способности осуществления основной интегрирующей функции (ред. Журавлев, Сергиенко, 2011).

Следовательно, мы можем сделать вывод: стресс - это не заболевание и не патология, стресс – это нормальное для жизни состояние. Для генеза стресса важны личностная, субъективная значимость трудной или экстремальной ситуации, присутствие готовности и возможности ее преодолеть. В случае присутствия в организме человека ВИЧ – инфекции стресс переходит в хроническую форму, как и в случае других хронических заболеваний.

1.2. Болезнь как стрессор и как стресс: психология болезни

Несмотря на множество исследований по проблеме болезни, само понятие да настоящего времени не имеет единственного точного

определения. Так, например, не все авторы дифференцируют понятия болезни и здоровья по качественным признакам.

Так, высказывается мысль о том, что болезнь не привносит в организм ничего ранее в нем не существовавшего (Богомолец, 1929). В трудах Давыдовского описывается положение об отсутствии принципиальных отличий между физиологией и патологией: в таком случае патологические процессы и болезнь рассматриваются исследователем всего лишь как характеристики приспособительных процессов, которые связаны лишь с переживанием субъективного страдания (Давыдовский, 1966).

Г. Селье о своей концепции общего адаптационного синдрома, болезнь является напряжением или стрессом, возникающим в организме при воздействии на него чрезвычайных раздражителей.

Болезнь (от лат. *morbus*) представляет собой нарушения нормальной жизнедеятельности, которые возникают в ответ на действие патогенных факторов. Также происходит или могут происходить снижение работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни, способностей к адаптации к постоянно меняющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременно происходящей активизации защитно-компенсаторно-приспособительных механизмов и реакций.

В английском языке болезнь обозначается двумя терминами:

Disease – объективные анатомические и биологические изменения;
Illness – субъективные, личностные аспекты болезни, неповторимые для каждого человека.

Изменения личности в ситуации болезни наиболее ярко проявляются во внутренней картине болезни, которую впервые выделил А.Р. Лурия в 1944 году. Внутренняя картина болезни представляет собой общность переживаний (волевых, эмоциональных, когнитивных), которые связаны с имеющимся у человека заболеванием. Выделяют также похожие феномены:

сознание болезни; переживание болезни; переживание, связанное с болезнью и др.

А.Р. Лурия считает, что отдельный разговор об объективных симптомах и субъективных жалобах неправомерен. Он считает, что внутренняя картина болезни представляет собой все то, что переживает и испытывает больной человек: весь спектр его ощущений, не только конкретных, связанных с болезнью, но и общее его самочувствие, наблюдение за ним, представление о собственной болезни, о ее причинах. Внутренняя картина болезни включает в себе все того, что находится во внутреннем мире больного, когда он приходит к врачу: сложные сочетания восприятия и ощущения, эмоции, аффекты, конфликты, психические переживания и травмы.

Считается, что подобное представление о внутренней картине болезни, не всегда равно обычному пониманию субъективных жалоб больного. Глубокое и детальное изучение врачом внутреннего мира больного, по мнению А.Р. Лурии, необходимо и чрезвычайно плодотворно для диагноза. Поэтому такое изучение не должно быть шаблонным и выраженным только в сборе анамнестических данных и субъективных жалоб больного, а должно быть выражено в пристальном внимании к личности заболевшего человека (Лурия, 1977).

Врачам и психологам известно, что болезненная реакция личности на болезнь во многом приводит к декомпенсации, как и сама болезнь. Это означает, что отсутствие гомеостаза в организме, болезненное состояние, при котором возникшее нарушение работы органа, системы или организма в целом уже невозможно скомпенсировать приспособительными механизмами, является декомпенсацией. Когда достигается стадия декомпенсации, это означает, что организм уже не в силах своими силами справиться с повреждениями. Вне использования радикальных методов лечения

потенциально жизнеопасное заболевание в стадии декомпенсации неизбежно приводит к летальному исходу.

3. Липовски разработал классификацию личностных значений болезни.

Болезнь как:

1. враг, угрожающий целостности личности;
2. препятствие, которое должно быть преодолено;
3. наказание за прошлые грехи;
4. стратегия приспособления к требованиям жизни;
5. невозвратимая потеря, ущерб;
6. положительная ценность, помогающая личности обрести более

возвышенный смысл жизни (Урванцев, 2000).

Также выделяется становление субъективного отношения к болезни посредством объективного познавательного процесса, который в свою очередь имеет несколько этапов - сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни (Квасенко, Зубарев, 1980):

1. Адекватная оценка болезни и отношение к ней, соответствующее ее реальной тяжести и опасности. Она характерна для пациентов, до болезни являвшихся гармоничными, сильными, уравновешенными личностями.

2. Преувеличение опасности, тяжести болезни и ее последствий. Данная реакция может выражаться как в тревоге, панике, снижении настроения; при этом внимание и мысли человека прикованы к болезни. Пациент при этом может проявлять большую активность. В других случаях могут проявляться снижение настроения без повышения тревожности, апатия, монотонность, пессимистические прогнозы. Такие пациенты обычно исполняют все указания врача, беспрекословно. К данному типу можно отнести людей с тревожно-мнительными характеристиками, или «застревающих» на переживаниях.

3. Недооценка тяжести заболевания. Данная группа может протекать в двух направлениях. Одни могут привыкать к болезни, свое внимание не фиксировать на ней. Они охотно соблюдают режим, проявляют благодушие. В данном случае, возможно, говорить о снижении во ВКБ эмоционального компонента, тогда как ее рациональная часть целом соответствует действительности. Другие больные отрицают необходимость лечения, невнимательно относятся ко всему, что связано с болезнью, что представляет собой особую психологическую реакцию. Чаще данная реакция наблюдается у личностей стеничных, с чертами ригидности, прямолинейности, бескомпромиссности суждений и убеждений, косности. Также такие пациенты могут обладать элементами «гиперсоциальности» - повышенной чувствительности к оценкам со стороны окружающих, желанию строго следовать социальным нормам, у них высокая значимость общественно-трудовой деятельности.

4. Отрицание наличия заболевания и ее симптомов с целью диссимуляции, в том числе из-за страха перед его последствиями. В одном из вариантов данной реакции признаки болезни могут быть слабо выражены, но опасны (например: при туберкулезе, злокачественных опухолях), либо же заболевание считается результатом поведения, осуждаемого моральными нормами (например: сифилис или СПИД). В обоих случаях у человека вытесняются мысли о болезни, он не желает говорить о ней (Урванцев, 2000).

Общим для всех описанных типов осознания болезни, являются наличие потенциала коррекции его мыслей, чувств и представлений в направлении адекватного отражения реального положения дел. Особо хорошо, если лечащий врач может уметь делать это сам, с помощью психиатров, психологов, профессиональных психотерапевтов (при их наличии) лишь при выраженных психопатологических реакциях больного (Урванцев, 2000).

Предложена типология, в которой наряду с оценкой больным тяжести своего заболевания используются и другие основания классификации: погружение и уход в болезнь; получение удовлетворения от того, что болезнь освобождает от обязанностей; получение осознанной выгоды от болезни — материальной или моральной (Р. Конечны и М. Боухал, приводится по: Урванцев, 2000).

Особо интересной кажется нам классификация Баркера, выделяющего 5 типов отношения к болезни:

1) Избегание дискомфорта, часто сопровождающееся уходом в себя, аутизацией человека. Часто это свойственно пациентам с узким кругом интересов, невысоким или низким интеллектом, а также для пожилых людей в ситуации длительной болезни;

2) Замещение, при котором больной может сам находить новые средства достижения жизненных ценностей, которые заменят утраченные им из-за болезни возможности. Данный тип отношения к болезни связан с высоким уровнем интеллекта;

3) Игнорирующее поведение, при котором больному свойственно стремление подавить, вытеснить осознание дефекта, а также ограниченность своих возможностей в связи с болезнью. Данный тип отношения распространен у лиц со средним интеллектом, но с высоким уровнем образования;

4) Компенсаторное поведение, которое представляется четырьмя разновидностями: циклическим приспособлением с периодами подъема и спада; фаталистическим отношением (главным образом к будущему); параноидным приспособлением с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих; выраженными агрессивными реакциями;

5) Невротические реакции, в том числе, игнорирование дефекта, что также нельзя считать универсальным выходом. Фактически здесь уже идет речь о реабилитации, подробное рассмотрение которой мы не будем уделять особого внимания в данной части работы (Баркер, 1946).

Следовательно, из вышесказанного мы делаем вывод: отношение личности к болезни содержит в себе три основных компонента: когнитивные, эмоциональные и поведенческие. Когнитивный - это знание о самой болезни, понимание ее влияния на жизнь, а также прогноз на будущее. Эмоциональный компонент представляет собой ощущение и переживание болезни и всей ситуации, которая связана с ней. К поведенческому компоненту относятся зависимые от болезни реакции адаптации/ дезадаптации, выработка стратегии поведения в связи с болезнью. Отношение к болезни, будучи значимым для человека, может оказывать влияние и на другие его отношения.

1.3. Понятие и типология ВИЧ – инфекции

ВИЧ-инфекция с XX века и по настоящее время признана важнейшей социальной, медицинской, экономической и что особенно глобально демографической проблемой. ВИЧ – инфекция – это инфекционная болезнь с длительно текущим процессом поражения организма, развивающаяся в результате инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). При ВИЧ – инфекции происходит поражение иммунной системы, этот процесс приводит к состоянию, известному как «синдром приобретённого иммунного дефицита» (СПИД), при котором у больного развиваются «оппортунистические заболевания»: тяжелые формы инфекции, вызванных условно-патогенными возбудителями, и некоторые онкологические заболевания (Покровский, Юрин, Беляев, 2002).

Человек, заразившийся ВИЧ, остаётся источником инфекции пожизненно. ВИЧ-инфекция, с учётом отсутствия специфической терапии, прогрессирует в течение 3-20 лет и, впоследствии ведёт к летальному исходу. Учитывая такие факты как невозможность быстрого лечения ВИЧ – инфекции, недостаточное информирование населения, стигматизация больных ВИЧ, информация о ВИЧ статусе является стрессовой и вызывает негативные эмоции, стресс, а временами тяжёлую депрессию. В большинстве случаев люди, живущие с ВИЧ, не находят нужной поддержки и остаются одни, в этот трудный период. Причиной этому является страх разглашения диагноза, страх быть отвергнутым, что создает серьезные психологические барьеры общения и взаимодействия, построения отношений с другими.

Передача ВИЧ происходит четырьмя основными способами:

- ❖ половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнёром;
- ❖ переливание инфицированной крови и её препаратов;
- ❖ использование контаминированного ВИЧ медицинского инструментария;
- ❖ от инфицированной матери ребёнку и от инфицированного ребёнка кормящей женщине.

Важно отметить, что так как не только люди с девиантным поведением подвержены риску заражения, но и законопослушные граждане, то стресс, заражения ВИЧ, может восприниматься острее и привести к тяжёлым эмоциональным реакциям, а также сильнейшей травме психики (Красносельских, Шаболтас, Веревошкин, Козлов, 2011).

В момент получения информации о ВИЧ-статусе, течении ВИЧ – инфекции у заразившегося человека появляется растерянность, неспособность здраво мыслить и адекватно оценить ситуацию. У многих мысли о суициде становятся навязчивыми, а некоторые заканчивают жизнь

самоубийством. Суицид является одной из самых деструктивных форм избегания стресса, несовладания с ним.

ВИЧ циркулирует во внутренних жидкостях организма инфицированного человека в виде вирусной частицы – вирона, содержащего РНК вируса. После присоединения вирона ВИЧ к рецепторам «CD4», находящимся на клетках иммунной системы человека, РНК ВИЧ проникает в клетку, где под действием фермента «обратной транскриптазы» вируса происходит образование ДНК ВИЧ с последующим внедрением её в геном клетки, вследствие чего клетка начинает продуцировать новые вирусные частицы, содержащие РНК ВИЧ. Образовавшиеся вирусные частицы атакуют новые клетки, вызывая их гибель и нарушая их взаимодействие с другими клетками, что ведёт к прогрессирующим нарушениям иммунитета. Большое количество циркулирующих в крови вирусных частиц определяет вероятность быстрого снижения иммунных клеток.

Как у любой болезни у ВИЧ – инфекции существуют клинические проявления (Куне, 2001), которые делятся на несколько стадий:

1. «Стадия инкубации». Продолжительность её обычно составляет от 3-х недель до года. Но, как правило, через 3-и месяца, тест на ВИЧ определяет наличие или отсутствие данной инфекции. Начинается с момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений, а именно «острой инфекции» или выработкой антител. В этот период идёт активное размножение ВИЧ клеток, однако клинических проявлений заболевания нет.

2. «Стадия первичных проявлений». Появляется первичный ответ организма, т.е. начинаются клинические проявления. Эта стадия может протекать в нескольких подстадиях:

- 2А «Бессимптомная», в этот период клинические проявления всё ещё отсутствуют.

2Б «Острая ВИЧ – инфекция без вторичных заболеваний» здесь уже могут проявляться клинические симптомы. Например: лихорадка, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфоузлов, фарингит и т.д. Острая клиническая инфекция наблюдается у 50-90% инфицированных лиц в первые 3 месяца после заражения.

2В «Острая ВИЧ – инфекция с вторичными заболеваниями»

Данная фаза характеризуется вторичными заболеваниями различной этиологии (ангина, бактериальная пневмония, кандидозы и др.) Эти проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми и в редких случаях даже иметь смертельный исход. Статистика говорит о 10-15% случаев острой ВИЧ – инфекцией.

Продолжительность клинических проявлений острой ВИЧ – инфекции варьируется от нескольких дней до нескольких месяцев, обычно 2-3-недели.

Врачи считают больного находящимся в начальной стадии в течение 1 года после появления симптомов острой инфекции. У подавляющего большинства стадия начальной ВИЧ – инфекции переходит в латентную стадию, но зафиксированы случаи, когда болезнь может, минуя её, сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

3. Стадия «Латентная». Эта стадия медленного прогрессирования иммунодефицита. Единственным клиническим проявлением заболевания является увеличение лимфоузлов.

Длительность латентной стадии может варьироваться от 2-3х до 20 и более лет, в среднем 6-7 лет.

4. «Стадия вторичных заболеваний». На данной стадии продолжается репликация ВИЧ, приводящая к гибели CD4-клеток и истощению их популяции, приводит к развитию на фоне иммунодефицита вторичных (оппортунистических) заболеваний, инфекционных или

онкологических. Клинические проявления оппортунистических заболеваний, наряду с лимфаденопатией, сохраняющейся у большинства больных, и обуславливают клиническую картину стадии вторичных заболеваний.

5. В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.

Стадия 4А – обычно развивается через 6-10 лет от момента заражения. Для неё характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов.

Стадия 4Б – (через 7-10 лет с момента заражения) – кожные поражения носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Кроме того, могут отмечаться локализованная саркома Капоши, умеренно выраженные конституциональные симптомы (потеря веса, лихорадка), поражения периферической нервной системы.

Стадия 4В (через 10-12 лет) развитие тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением ЦНС. Репликация вируса ускоряется, как и скорость падения уровня CD4-лимфоцитов.

6. «Терминальная стадия». В стадии 5 имеющиеся у больных вторичные заболевания приобретают необратимое течение. Даже адекватно производимая противоретровирусная терапия и терапия вторичных заболеваний неэффективна, и больной погибает в течение нескольких месяцев.

Важно отметить, что приведённые выше данные, о продолжительности стадий заболевания, носят усреднённый характер и могут иметь значительные колебания. Последовательность стадий прогрессирования ВИЧ – инфекции через прохождение всех стадий болезни необязательна (приводится по: Покровский, Юрин, Беляева, 2002).

Ранее, постановка диагноза ВИЧ-инфекция означало неизбежное снижение иммунитета, которое впоследствии неизменно ведёт к летальному исходу. Сложившаяся ситуация, как правило, вызывала страх смерти, что является дополнительным стрессом (Горьковская, 2014).

Появления новых схем ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) открыло новые перспективы для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Немало важно то, что ВААРТ привела к улучшению их здоровья и появились новые ресурсы для преодоления проблем, как физиологических, так и психологических.

Благодаря медицинским достижениям, большое количество ВИЧ-инфицированных людей, живут дольше. ВИЧ-инфекция может теперь быть представлена в виде хронического заболевания с естественной историей болезни. Но, несмотря на все успехи поддерживающей терапии, ВИЧ является неизлечимым заболеванием и вакцины, от этого заболевания, по-прежнему нет.

Наряду с этим, улучшения количества жизни не обязательно предполагает повышение её качества.

Приверженность к ВААРТ (антиретровирусная терапия) в совокупности со здоровым образом жизни, в большинстве случаев минимизирует развитие и воздействие ВИЧ-инфекции на организм. А не соблюдение приема терапии, в сочетании с девиантным поведением, может привести к резистентности к лекарственным средствам и инфекции партнёров с вирулентным мутированием штаммов.

Таким образом, необходимо психологическое сопровождение, в сочетании с укреплением здоровья, повышением приверженности к ВААРТ в жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (Покровский, Ермак, Беляева, 2003).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) инициировала движение включить в программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом заботу о

психологическом здоровье людей, живущих с данным заболеванием. ВОЗ основывала свои замечания по следующим критериям:

Во-первых, существуют различные определенные вопросы охраны психического здоровья (психического расстройства), влияющие на ВИЧ - положительных людей во всем мире.

Во-вторых, необходимость улучшения медицинского обслуживания и повышение результатов лечения людей с ВИЧ и СПИДом.

В-третьих, существует проблема технико-экономического обеспечения психического здоровья пострадавших в рамках государственной системы оказания медицинских услуг (Biswas, 2007).

Также исследования Urmi Nanda Biswas показали, что вмешательства, направленные на улучшения самоэффективности, укрепление социальной поддержки и снижение стресса в жизни ВИЧ – инфицированных людей может способствовать уменьшению негативных последствий ВИЧ – инфекции на настроение. Из этого следует, что положительные эмоции, большой жизненный опыт помогает снизить стресс и уменьшить влияние ВИЧ – инфекции на дальнейшую жизнь (Biswas, 2003).

Из вышеперечисленного можно сделать вывод: в нашей стране нет всесторонней и разнонаправленной помощи, квалифицированной психологической поддержки, а со стороны общества, ВИЧ – инфицированные люди, чувствуют негативное отношение и дистанцируются сами, считая себя стигмой. Такой прогноз на будущее снижает ресурсы человека и минимизирует способность к совладанию с болезнью. Течение ВИЧ – инфекции накладывает отпечаток на поведение больного и его дальнейшие отношения и проживание в социуме, ограничения, следовательно, могут усугублять течение болезни. Но благодаря оптимизму и положительным эмоциям, снижается влияние ВИЧ – инфекции на психическое здоровье людей, живущих с ВИЧ.

1.4. Течение ВИЧ – инфекции как стрессогенная ситуация

Информация о ВИЧ – инфекции и её фатальном прогнозе вызывает у инфицированного тяжёлые эмоциональные и психические реакции. Они связанные с неожиданностью поставленного диагноза, внезапным осознанием неизбежности смерти. В обществе наблюдается предвзятость и предубежденность по отношению к инфицированным людям, так как заражение ВИЧ, в основном расценивается как закономерный результат аморального и асоциального поведения. При появлении инфицированного лица в его окружении прослеживается реакция отторжения, что отрицательным образом воздействует на его психику.

Особенности сознания социума, общества о ВИЧ-инфицированных больных в последнее время всё больше становятся предметом социально-психологических исследований. Присутствующие в обществе напряжение, дефицит информации, страх заражения, дорогое лечение вызывают тревогу и

Заражение ВИЧ влечёт тяжелые последствия как эмоционального, так и социального характера. Инфицирование изменяет привычное поведение заразившегося человека, Всё это сказывается на семейных отношениях и юридическом статусе. Часто с постановкой диагноза сопровождается разводом, потерей значимого близкого, в юридическом контексте человек, имеющий диагноз ВИЧ, несёт уголовную ответственность УК РФ, Статья 122. Заражение ВИЧ-инфекцией.

Широко известно, что стресс – в современном мире это норма жизни для человека. В развитии стресса субъективная и личностная значимость трудной жизненной ситуации играет главную роль, но немаловажно наличие ресурсов для преодоления этой ситуации или возможности приспособления к ней. Анализируя психологический стресс, важно учитывать связанные со стрессом

психологические процессы — например, оценки угрозы стресса. Поведение в стрессогенной ситуации рассматривается и понимается не только с учетом психологической структуры личности, её роли в понимании болезни (Фернхем, Хейвен, 2001. С. 68-70), попытки человека справиться с угрозой (по Р. Лазарусу), но и социокультурной сферы, которая обуславливает реакцию человека на стресс определенным образом. Характер ситуации, статус человека, его социальная, демографическая, национальная, а также гендерная принадлежность и прочие особенности, которые могут стать либо ресурсом совладания, либо источником стресса, становятся важными факторами (Бодров, 2006). Трудные жизненные ситуации, переживаемые респондентами в ситуации болезни, относятся нами к *частной жизни* субъекта (в том числе, семейной), и связаны с событиями жизненного пути и образа жизни людей, заболевших ВИЧ-инфекцией (неразборчивость в интимных связях, измена и ревность, развод, любовная драма, беременность, рождение ребенка, обострение личных страхов, межпоколенный конфликт, потеря смысла - пустота и бессмысленность жизни и др.). Данный факт долгие годы приводил к барьеру в содержательном анализе смысла, значения трудных ситуаций частной, личной жизни человека, а главное, способов их разрешения (Крюкова, Шаргородская, 2013).

Приспособление к жизни в условиях ВИЧ – инфекции предполагает постоянную борьбу с психотравмирующими воздействиями, так как с момента заражения ВИЧ – инфекцией больной подвергается постоянному психогенному стрессу.

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 и т.д. (Шаргородская, 2012).

Так в исследованиях зарубежных ученых были найдены доказательства пагубных последствий стресса и других отрицательных эмоций, таких как одиночество, депрессия и т.д., на иммунные параметры человека. Данные были подтверждены путем исследования в двух лабораториях, центром для био-психо-социальных исследований СПИДа при Университете Майами (Baggett, 1991; Zorill и др., 1993) и лаборатории в Университете штата Огайо (Glaser, 1985; Glaser, 2005; Somers и др., 2005). Работа обеих групп включает исследование иммунного ответа на стресс экзамена и влияния психологического стресса на иммунную реакцию к вакцине. Было доказано, что иммунная система реагировала снижением своих параметров на малейшее воздействие стрессора на психику, что приводит к увеличению вирусной нагрузки и ухудшению состояния здоровья (Biswas, 2007).

Получение диагноза ВИЧ – инфекции часто усугубляет психологические и социальные проблемы, которые уже были у человека до заболевания (отношения с окружающими, интимные отношения), а на фоне заболевания эти задачи субъективно представляются человеку неразрешимыми.

В разные периоды жизни ВИЧ – инфицированного человека и в моменты, когда он представляет своё будущее, зачастую возникают ситуации, подвергающие его самооценку: не отвернётся ли любимый, не откажутся ли родители, удастся ли сохранить втайне от коллег по работе диагноз, как объяснить периоды недомогания своему ребёнку. Общество в целом, по убеждению ВИЧ – инфицированных, не толерантно к людям, живущим с ВИЧ (сокращённо ЛЖВ).

Немало важно исследование, которое проводилось в странах Восточной и Центральной Европе Р. Гудвином и его коллегами (Goodvin и др., 2003). Ими проводился анализ понимания СПИДа и представление о нём у представителей двух профессиональных групп. В первую входили

предприниматели, во вторую медицинский персонал. В ходе исследований выяснилось, что существует несколько категорий представления о ВИЧ, но основу составили две – «секс» и «смертельная болезнь».

На следующем этапе выделили разные группы респондентов. В первую вошли люди религиозные, с высоким значением консервативности как ценности и они заняли обвинительную позицию, относя ВИЧ-инфицированных людей к асоциальным и аморальным личностям.

Российских респондентов отличал тот факт, что основа представлений о ВИЧ/СПИДе включала не только «секс», как предыдущая группа, но и такая составляющая как «Африка». Мы можем этот критерий отнести к происхождению заболевания, что видимо и усиливает аутгрупповую принадлежность. Также был выявлен полярно чередующийся признак представлений о ВИЧ. С одной стороны – «спидофобия», которая характеризуется страхом за будущее, беспомощностью и осознание того, что угроза заражения исходит от «групп риска», к которой респонденты себя не относят. Здесь проявляется второе следствие, которое отражает уверенность в угрозе для других, следовательно, в превентивных мерах я не нуждаюсь (Емельянова, 2010).

Отношение общества, к ВИЧ – инфицированным, выражается в виде унижения, ущемлении прав, не поддерживается государством и законодательством, а прочно прививается в обществе, чтобы маскировать свой страх заражения. Знание о ВИЧ / СПИДе в обществе до сих пор не соответствует представлениям о современных достижениях медицины и до настоящего времени бытует мнение об этом заболевании как смертельном, следовательно, опасным для человека, который контактирует с больным.

Также в исследовании Т.П. Емельяновой, в анализе данной проблемы участвовали 128 человек и были разделены на пять групп:

1. «Внешне обеспокоены» - проблема ВИЧ/СПИДа очень важна, но данная группа, слабо относит её к себе.

2. «Недооценивающие» - эта категория людей, которые немного склонны к дискриминации и считают, что для них самих вообще нет угрозы заражения.

3. «Агрессивно-вытесняющие» - очень сильно склонны к дискриминации ВИЧ – инфицированных больных. ВИЧ – инфекция воспринимается ими как ограничение, что и приводит к нивелированию значимости проблемы.

4. «Самодостаточные» - в отличие от предыдущей группы, они вообще не склонны к дискриминации. Респонденты этой группы единственные оценили вероятность своего заражения выше, чем «вообще любого человека».

5. «Настороженные» - говорят о том, что значимость проблемы ВИЧ – инфекции невелика, люди этой группы, очень высоко оценивают её как личную угрозу. Они имеют высокую склонность к дискриминации (Емельянова, 2010).

В данном исследовании прослеживается тенденция избегания проблемы, так как люди получающие информацию не слышат её или же она не представляет реальной, полной картины. Тем не менее, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, нуждаются в помощи социума, поддержке и участии.

В 2008 году специалистами Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом было проведено интервьюирование врачей. Исследование показало, что директивный стиль общения, который, по мнению врачей во многом обусловлен недостатком времени, не способствует установлению взаимопонимания и доверительных отношений с пациентом. Недоучёт индивидуальных особенностей людей, проходящих консультацию, приводит к низкой эффективности

информирования по важным вопросам, связанным с этим заболеванием и его профилактикой (Белякова, 2011).

Для разных этапов жизни с ВИЧ находятся барьеры, усложняющие решение задач из различных категорий 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 и уязвимом психическом устройстве приводят к подавлению иммунитета.

Часто диагнозу ВИЧ сопутствует тяжёлая кризисная ситуация, вызванная разрывом с партнёром, смертью близкого человека, изменой, что особенно болезненно воспринимается в зрелом возрасте. Это может стать поводом обратиться за поддержкой к психологу. Однако страх огласки, как психологический барьер, может стать причиной запоздалого обращения к специалистам и, как следствие, даже причиной смерти от СПИДа (Белякова, 2011). Данные положения позволяют нам выдвигать гипотезу о существовании позитивной или негативной динамики копинг-ресурсов ВИЧ-инфицированного человека на протяжении его болезни, что в значительной степени влияет на эффективность его совладания.

Также мы изучили систему копинг-ресурсов у больных ВИЧ-инфекцией.

В ходе исследования обнаружилось, что центральными ресурсами у респондентов с ВИЧ является «Контроль эмоций и ситуации», «Планирование и выполнение планов», «Структурирование» и «Поддержка семьи». Результаты более ранних исследований показывают, что некоторые ресурсы, такие как контроль эмоций, саморегуляция и планирование являются важными и для людей с другими серьёзными заболеваниями (онко, сахарный диабет и т.д.) (С.А. Хазова, М.В. Сапоровская, В.Н. Гельман, К.А.

Гернер). Но наиболее важным, для ВИЧ-инфицированных людей оказывается ресурс «поддержка семьи». Так как болезнь считается асоциальной, и ВИЧ-инфицированные отвергаются в обществе, то страх, что близкие люди дистанцируются, является барьером в открытии диагноза другим. Следовательно, для использования данного ресурса большое значение имеет отношение членов семьи и близкого круга к данной болезни. Но ввиду «непрестижного» или стыдного статуса этой болезни, страха одиночества любая поддержка, а особенно участие членов семьи, их вовлеченность в процесс ежедневной жизни и лечения ВИЧ-инфицированного человека становится наиболее ценным ресурсом. В наших исследованиях выявлено, что люди, живущие с ВИЧ, столкнулись с тем, что родители и партнеры, близкие и значимые люди, узнав о ВИЧ-инфекции, прекращали общение, дистанцировались, этот факт существенно усиливал стресс, и, приводил к истощению системы ресурсов.

Вероятно, когда значимые люди «не отворачиваются», «продолжают любить и заботиться», это способствует обогащению, восстановлению системы ресурсов и что важно, развитию позитивной динамики совладания. Наше исследование показало, люди с ВИЧ-заболеванием, имеющие ресурс «Поддержка семьи» довольно активно используют и ресурс «Структурирование» (*при* $p=0,02$). При эффективности ресурса «поддержка семьи» респондентам важно планировать свое время, расставлять приоритеты, но самое главное, достигать своих целей. Данный факт подтверждается результатами качественных методов исследования, согласно которым ВИЧ-инфицированные отмечают большое количество целей, наряду с этим присутствует и страх не успеть выполнить, достигнуть, реализовать их (Крюкова, Сапоровская, Шаргородская, 2016).

Проанализировав научную литературу по проблеме, можно сделать такие **выводы**:

1. ВИЧ – инфекция является важной проблемой как на разных уровнях жизнедеятельности общества в целом, так и стрессогенной ситуацией, которая отражается на психологическом и социальном благополучии личности в частном.

2. В наше время стигматизация больных с ВИЧ – инфекцией, а именно, предубеждения и негативные установки, связана с отсутствием должной информированности населения о заболевании ВИЧ. Важную роль играет осознание переживаний и поведения человека, в подобной ситуации, не только самим больным, но и его близкими и значимыми людьми.

3. Изучение болезни как трудной жизненной ситуации не только для заразившегося человека, а как общей проблемы для семьи только накапливает данные. Относительно новым направлением, стали исследования совладающего поведения в ситуации болезни ВИЧ-инфицированных людей, но отсутствует исследование внутрисемейного копинга в данной ситуации.

4. Диагнозу ВИЧ сопутствует тяжёлая кризисная ситуация, вызванная различными дополнительными стрессовыми ситуациями в частной жизни заболевшего. Так как заражению ВИЧ подвержены все слои нашего общества, то стресс может восприниматься острее как экстремальный (неожиданный и сильный).

5. Единой концепции принятия и понимания болезни на данный момент в обществе не существует, данный факт усложняет оказание помощи людям, живущим с ВИЧ на разных уровнях и этапах заражения. В связи с этим изучение влияния болезни на личностные особенности человека, переживание болезни, её принятие субъектом затруднено.

ГЛАВА II. ПСИХОЛОГИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО С БОЛЕЗНЬЮ ПОВЕДЕНИЯ

3.1. Понятие совладающего поведения: понятие, типология, структура

Известно, что американская психологическая ассоциация вплоть до 1967 года не включала в «Psychological Abstracts» термин coping (копинг). Копинг, согласно Н. Хаан, имеет значимые отличия от защитного поведения и представляет собой намеренное, развивающее, ориентированное на реальность поведение, в то время как защитное поведение по определению более жесткое, вынужденное, искажающее реальность и практически неизменяющееся (Zeidner, Endler, 1996. Приводится по: Крюкова, 2004).

Понимание самого феномена копинга, который в русском переводе так же называется совладающим поведением, непосредственно связано с научными исследованиями психологического стресса.

Главной целью или психологическим предназначением совладающего поведения заключается в улучшении адаптации человека к требованиям реальной ситуации. Человек должен овладеть данной ситуацией, смягчить, преобразовать эти требования, привыкнуть к ним, либо постараться их избежать и, как следствие, снизить стрессовое действие ситуации. Из этого следует, что главная задача копинг-поведения – поддержка и обеспечение благополучия человека, его психического и физического здоровья, а также удовлетворённости имеющимися социальными отношениями (Нартова-Бочавер, 1997).

Согласно концепции Р. Лазаруса и С. Фолкман, стратегии совладания, предпочитаемые человеком, предопределяются имеющимися у него возможностями (личностными и социальными переменными) и когнитивной оценкой, которую человек дает событию. Не отрицая факт того, что в

преодолении стресса большую роль играют диспозиционные факторы, С. Фолкман и Р. Лазарус рассматривали феномен совладания как постоянно изменяющиеся поведенческие и когнитивные усилия человека, направленные на то, чтобы эффективнее управлять специфическими как внешними, так и внутренними требованиями, которые индивид оценивает с точки зрения соответствия его ресурсам (Битюцкая, 2016, Исаева, 2009).

Совладающее поведение направлено не только на защиту субъекта от актуального стрессового воздействия на него, но и на поддержание его чувства целостности с прошлым и будущим, его самооценности, что способно помочь ему в восстановлении дострессового уровня активности (Крюкова, 2004).

Т.Л. Крюкова также описывает собственные функции совладающего поведения субъекта: когнитивная оценка; динамика эмоций и возможность осуществления саморегуляции; оптимальная координация эмоциональных состояний и переживаний с целенаправленным поведением; возникновение действий, преобразующих ситуацию (возможность овладение ситуацией), а также собственное состояние (владение собой); использование собственного жизненного опыта и помощи окружающих людей; коррекция собственных ожиданий с помощью контроля над ситуацией или приспособления к ней; антиципация (избегание, предотвращение) неразрешимых ситуаций и опасных стрессоров; саморазрушение (Крюкова, 2009).

Конструктивные и продуктивные формы совладающего поведения отражают индивидуальность человека, его потенциальные возможности, способствуют сохранению согласованности личности и субъектности (Сергиенко, 2008).

Совладающее поведение выражается с помощью использования человеком различных копинг-стратегий на основе его личностных ресурсов и ресурсов окружающей его среды. Под копинг-стратегией понимается

основанное на осознаваемых усилиях конкретное действие, направленное на регуляцию эмоционального и интеллектуального напряжения субъекта, целью которого является его оптимальная психологическая адаптация к внешним обстоятельствам (Крюкова, 2004).

Р. Лазарус и С. Фолкман (1984) предложили два модуса для рассмотрения стилей совладающего поведения: копинг, направленный на решение проблемы (*problem-focused*) и/или копинг, направленный на изменение внутреннего состояния человека, отношения, установок в контексте стрессовой ситуации (*emotion-focused*). Таким образом, традиционно выделяется:

1) Проблемно-ориентированный копинг, который характеризуется следующим:

- он направлен на снижение требований, которые предъявляет к личности стрессовая ситуация, либо расширяет ресурсы личности для взаимодействия с ситуацией;

- он используется в том случае, если личность уверена, что требования ситуации возможно изменить.

2) Эмоционально-ориентированный копинг, характеризующийся следующим:

- он направлен на эмоциональный ответ на ситуацию, а также контроль за эмоциями;

- он проявляется как в поведении (использование социальной поддержки, отвлечения, в том числе употребление наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ), так и в когнитивной сфере (изменение внутренней оценки силы стресса)

- чаще применяется в случае, если человек считает, что не может непосредственно повлиять на стрессор, изменить ситуацию (например, в

случае потери близкого человека), в тоже время его ресурсы для того, чтобы справиться с требованиями ситуации, оказываются недостаточными.

Еще один стиль копинга — избегание — стал выделяться в психологии несколько позднее (Эндлер, Паркер, 1990):

3) Избегающий копинг характеризуется:

- отрицанием или сведением к минимуму важности и опасности ситуации;
- сознательным подавлением тревожных мыслей о ней;
- использованием мыслей, защищающих себя (Крюкова, 2009).

Одно из новых направлений в исследовании копинга и совладающего поведения и является изучение феномена прокрастинации (*procrastination* от лат. pro — вперед, crastinus — на завтра) — под которым понимается поведение, связанное с избеганием, перенесением, откладыванием активности, дел, заданий на более поздний срок, «на потом». Прокрастинация нередко заканчивается для человека усилением стресса, может возникать чувство вины, снижаться продуктивность деятельности, возникать кризис, усугубляющийся неодобрением данного поведения окружающих людей за невыполнение дел в срок и проявление безответственности. Все вместе это усиливает дальнейшую прокрастинацию. Такое поведение нередко воспринимается как избегание. Прокрастинация считается некоторыми исследователями своеобразным механизмом совладания с тревогой, связанной с начинанием или завершением какой-либо задачи или принятия решения. Исследование данного феномена начато не так давно, еще предстоит выяснить, насколько данный механизм совладания со стрессом может быть адаптивен (Крюкова, 2009).

В связи со сложностью диагноза ВИЧ – инфекция, непринятие диагноза, стигматизация ЛЖВ, прокрастинация может иметь место у людей, живущих с ВИЧ. Это проявляется в несвоевременном обращении в лечебное

учреждение, страхе и откладывание на потом сообщение о диагнозе половому партнёру и значимым близким.

Совладающее поведение реализуется личностью на основе копинг-ресурсов с помощью использования копинг-стратегий. Копинг-ресурсы представляют собой набор характеристик личности и социальной среды, которые позволяют осуществить оптимальную адаптацию личности к стрессовым ситуациям (Хазова, 2010).

Ресурсы можно разделить на:

- Внешние по отношению к личности (экстернальные) – наличие социальной поддержки, уровень образования, достаточные материальные возможности, образ жизни;
- Внутренние по отношению к личности (интернальные), то есть характеристики личности – общее здоровье (личностный энергетический потенциал), адекватная самооценка, внутренний локус контроля, оптимизм, оптимальный уровень тревожности, такие свойства личности как выносливость, стойкость, высокое самоуважение, "лёгкость" характера (развитые социальные навыки, коммуникабельность), религиозность.

Но ресурсы помогают при низком и среднем уровне стресса. При высоком уровне они могут быть недостаточными для продуктивного и эффективного копинга (Крюкова, 2004). Поэтому особенно важно изучать те способы совладания, действия человека, предпринимаемые им в ответ на стрессовую ситуацию.

Копинг-стратегии (стили совладания) являются актуальными ответами личности на воспринимаемые стресс, угрозу. Совладающее поведение относится к факторам активности личности, его также называют дескриптором субъекта. Это связано с тем, что человек использует

механизмы совладания сознательно и целенаправленно. Стиль же совладающего поведения представляет собой довольно устойчивую личностную характеристику (подобную когнитивному стилю), которая активно формируется и стабилизируется в подростковом возрасте (Ветрова, 2008). Таким образом, совладающее поведение рассматривается не только в качестве активного механизма защиты при столкновении с какой-то серьезной трудностью, заболеванием, а также как и достаточно устойчивую структуру, которая в большей или меньшей степени участвует в повседневной жизни каждого человека.

Т. Л. Крюковой отмечается смена приоритетов в исследовании копинга: если ранее исследователи копинга делали акцент на модели дефицита необходимых навыков, на неспособность человека эффективно вести себя, реагировать в трудной ситуации, то теперь в фокус интереса исследователей сместился на то, что сам человек может делать в трудной ситуации, с помощью чего он справляется со стрессом, что использует для этого. Таким образом, исследование совладающего поведения сместилось от внешних переменных условий его применения к внутренним ресурсам человека, которые сами являются достаточно константными (Крюкова, 2001; приводится по: Ветровой, 2008).

Субъект способен не только осознанно регулировать собственные усилия по преобразованию трудной ситуации, но и понимать, осознавать, каким образом, за счет чего он достигает необходимый эффект совладания, каким образом происходит снижение негативных воздействий ситуации, восстанавливается активность субъекта, поддерживается позитивный образ «я», уверенность в своих силах, восстанавливается эмоциональное равновесие, поддерживаются достаточно тесные контакты с социумом (Хазова, 2010).

Нашей задачей является изучение совладающего поведения ВИЧ – инфицированных людей, следовательно, теоретическое изучение совладающего поведения, его структуры, стилей и стратегий совладания нам необходимо, для более полного изучения поведения ВИЧ – инфицированных людей в период постановки диагноза.

Выводы:

1. Совладающее поведение является осознанным индивидуальным способом взаимодействия с ситуацией в соответствии с её спецификой, логикой; оно отличается значимостью в жизни человека и соответствует его психологическим возможностям.

2. Стили совладающего поведения могут быть адекватны/не адекватны для совладания как с ежедневными стрессами в жизни человека, так и с более серьезными трудностями, в том числе экстремальными стрессовыми ситуациями.

2.2. Стратегии совладания в ситуации болезни

Копинг-поведение реализуется человеком при попадании им в кризисную ситуацию, которая предполагает такие особенности как наличие объективного обстоятельства и определенного отношения к нему человека в зависимости от того, как он его воспринимает и оценивает, и которое сопровождается эмоционально-поведенческими реакциями человека различного характера и разной степени интенсивности.

Одной из важных проблем в ситуации болезни, является то, как человек реагирует на заболевание. На состояние пациента, находящегося в ситуации витальной угрозы, большое влияние оказывает то, как он справляется с этой ситуацией, какие психические защиты и стратегии

совладания применяет, на какие личностные ресурсы опирается (Богданова, 2010; Шаболтас, 2011).

Больные способны совладать с болезнью: они часто продолжают работать в полную силу и с полной отдачей, проявлять активность в общественной деятельности и развлечениях, оставаться психологически уравновешенными. Однако среди них нередко встречаются те, кто не может совладать со своей болезнью, начинает вести ограниченную жизнь, им становятся свойственны характерные симптомы депрессии, они могут становиться повышено зависимыми от служб здравоохранения в том, что касается их терапии. Различия в уровне приспособления могут быть вызваны разной степенью тяжести болезни, психологическими факторами, включающими также стили совладания, используемые копинг-стратегии, имеющуюся социальную поддержку. Таким образом, различия в уровне приспособления оказываются значимо связанными с психосоциальными и функциональными особенностями приспособлением личности на протяжении всей ее жизни.

Отношение к болезни формирует «индивидуальный стиль реагирования», который зависит от характера переживаемых в связи с болезнью трудностей, а также связан с личностью больного.

В психологической литературе различают несколько стратегий поведения человека в болезни: это пассивное приспособление к новым условиям («уход в болезнь»), отрицание факта заболевания, когда включают психологические защиты, вызывающие сопротивление болезни, что провоцирует отказ индивида решать проблему, а также когда вырабатывают адекватные ситуации стратегии совладания, преодоления, подразумевающие необходимость проявить конструктивную активность, пережить событие, не уклоняться от ситуации болезни (Фомина, 2010).

Были проведены исследования больных раком гортани, в котором участвовали 49 человек. Исследования показали, что пациенты, отказавшиеся от оперативного вмешательства, значимо выше такой механизм реакции совладания как дистанцирование. В то время как прооперированным больным свойственна тенденция к поиску новых лекарственных средств и видов лечения, интерес к объективным данным о болезни, следовательно, такие больные быстрее восстанавливаются и возвращаются к привычному образу жизни (Русина, Говоровская, 2010).

В исследованиях мужчин с онкоурологическими заболеваниями были получены следующие результаты: у больных онкологическим заболеванием умеренно выражено в структуре совладающего поведения самоконтроль, дистанцирование и поиск социальной поддержки, также у таких больных в эмоциональном состоянии умеренно выражена депрессия, что связывается с этапом прохождения лучевой и комбинированной терапии (Богданова, 2010).

Немаловажным фактором, как успешности терапии, так и сохранения относительного психологического благополучия тяжелобольных людей, является фактор отношения к болезни, к терапии, к самой стрессовой ситуации родственником больных, а также то, каким образом родственники совладают с данной трудной общесемейной ситуацией.

В исследовании Е.П. Белинской и С. Сангоновой, посвященном особенностям способов совладания родственников тяжелобольных людей, было выявлено, что копинг родственников тяжелобольных и родственников ситуативно-больных различен, то есть ими используются различные копинг-стратегии (Белинская, Сангонова, 2015). Так было доказано, что родственники онкобольных людей значимо чаще используют проблемно-ориентированный копинг. В корреляциях, между шкалами используемых в исследовании методик также были обнаружены различия у этих двух групп. Копинг-стратегия избегания родственников онкобольных оказалась

положительно связанной с копингом, ориентированным на эмоции. Также было выявлено, что родственники онкобольных имеют более широкий репертуарный комплекс копинг-стратегий: ими чаще используются когнитивные, эмоциональные, поведенческие стратегии по сравнению с родственниками ситуативно-больных. Оказалось, что существуют различия и в использовании в этих двух группах когнитивных стратегий совладания: родственники онкобольных чаще склонны к некоторому переосмыслению, переоценке проблемы и повышению религиозности. В свою очередь, родственники ситуативно-больных значимо чаще используют такую когнитивную стратегию совладания, как игнорирование (мысленный уход от проблемы). Также имеются данные о том, что родственники онкобольных во время интервью чаще говорят об испытываемых эмоциях при совладании, чем родственники ситуативно-больных. Родственники онкобольных чаще обращаются к таким поведенческим копинг-стратегиям как сотрудничество поиск социальной поддержки, в то время как родственники ситуативных больных чаще используют активное избегание, отвлечение и компенсацию из репертуара поведенческих копинг-стратегий.

Также оказался важен такой фактор, оказавшийся связанным со спецификой копинга родственников тяжелобольных, как восприятие ими образа врача. Так если он родственник тяжелобольного воспринимает образ врача более похожим на образ самого себя, то чаще он обращается к проблемно-ориентированному копингу, направленному на решение конкретных задач, связанных с лечением. Другими словами, динамика самовосприятия и восприятие ролевых позиций во внутрисемейном взаимодействии оказываются связанными с предпочтениями стратегий совладания в такой трудной общесемейной ситуации, какой является тяжелая болезнь одного из ее членов.

В работах Н.В. Фоминой было выявлено, что больные с гастроэнтерологическими заболеваниями используют: «самоограничение в болезни», «изменение внешности» и выражена направленность на длительное лечение, но при этом у данных больных формируется стратегия «сопротивление болезни» и выражена установка «защита Я от болезни». При этом мужчины выше проявляют тенденцию, связанную с сопротивлением к болезни, так как не хотят признавать себя больным, тогда как женщины охотно выполняют все рекомендации врача (Фомина, 2010).

Также немало важную роль играет фигура врача, так как адекватное отношение к болезни необходимо развивать в совместной деятельности врача и пациента. Характер отношений врач – пациент и отношение пациента к заболеванию играет большую роль в совладании с болезнью, где врач может выступать ресурсной фигурой (Фомина, 2010).

Следовательно, можно сделать вывод, что каждый человек с различным заболеванием выбирает разные стратегии совладания с болезнью, являясь субъектом выбора. Болезнь и степень её тяжести накладывает коррективы на выбор стратегий совладания.

2.3. Совладающее поведение у беременных ВИЧ-инфицированных женщин

Актуальность изучения феномена совладающего поведения ВИЧ – инфицированной беременной женщины как научной проблемы в нашей стране неоспорима. Этому было посвящено наше первоначальное *исследование 1* по проблеме (Беспалова, 2009). Беременность является естественным и нормативным стрессом, хотя и серьёзным испытанием для женщины. Беременность в совокупности с ВИЧ-инфекцией - это более значительное и серьёзное испытание для женщины. Было выявлено, что

практически 50% женщин узнают о своём диагнозе ВИЧ при постановке на учёт по беременности в женской консультации. В интервью женщины указывают данную ситуацию как сильнейший шок, глубокий стресс и невозможность здраво мыслить.

В период протекания беременности важно, что личностные качества, представления о раннем детском опыте наряду с высоким развитием составляющих контроля поведения, являются факторами благополучного вынашивания ребенка.

Например, рассматривая беременных женщин с условной нормой и с благополучным вынашиванием, мы можем констатировать более высокий уровень показателей когнитивного контроля, чем у женщин с неблагополучной беременностью. Этот аспект помогает адекватно представлять условия вынашивания и собственные действия женщины на протяжении всей беременности.

Беременность, важный период в жизни каждой женщины, является одновременно и критическим и естественным. На протекание беременности, на 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). Учитывая все вышеперечисленные факторы, следует отметить, что беременность есть кризис, на протяжении которого изменяются сознание женщины, её взаимоотношения с миром, посредством этих переживаний меняется образ жизни. И, как правило, женщина в этот значимый для неё момент нуждается в коррекции возникших психологических проблем. Что касается ситуации с ВИЧ – инфекцией коррекции недостаточно, женщина нуждается ещё и в существенной психологической поддержке специалиста.

Проведя исследование, мы выявили, что:

как и для женщин с нормально протекающей беременностью, так и для беременных женщин с ВИЧ – инфекцией присущи следующие способы совладания: *проблемно – ориентированный копинг, эмоционально – ориентированный копинг, копинг ориентированный на избегание*. Проблемно – ориентированный копинг обычно рассматривается как эффективный для небеременных выборок. Но беременные женщины с условной нормой опровергают данную гипотезу (Hansell, 1993; Spirito, 1991 и др.). А для ВИЧ – инфицированных женщин эти показатели, хотя они и выбирают данную стратегию, являются, социально желательными.

Избегание, влекущее поведенческое или когнитивное дистанцирование от проблем, связано с сильными дистрессами во время беременности (Hansell, 1993; Spirito, 1991 и др.).

Такой способ совладания как социальное отвлечение часто используют беременные женщины с условной нормой. Наряду с этим для ВИЧ – инфицированных женщин этот стиль не актуален, над стрессом беременности преобладает страх разглашения диагноза ВИЧ.

Эмоционально – ориентированный стиль больше присущ во время беременности и женщины используют его чаще, чем после родов. Более всего характерен беременным женщинам способ совладания *избегание и отвлечение от проблемы*.

В данном пилотажном *исследовании* нас интересовало совладающее поведение у ВИЧ – инфицированных беременных женщин. Эмпирическая база исследования состояла из 10-ти ВИЧ – инфицированных беременных женщин и 15-ти беременных женщин с условно нормально протекающей беременностью. Такая маленькая группа объясняется спецификой исследования; наличием беременных женщин на учёте в центре СПИД на

момент исследования. Исследование имело качественно-количественный характер.

Одним из инструментов измерения был Опросник способов совладания –ОСС- WCQ R. Lazarus, S. Folkman в адаптации Т.Л. Крюковой и др., 2003). Результаты по группе беременные (рейтинг) ВИЧ – инфицированные женщины:

✓ *принятие ответственности* данная стратегия является самой популярной;

✓ *бегство-избегание*. Такая стратегия вообще свойственна беременным женщинам;

✓ *конфронтативный копинг*;

✓ *планирование решения проблемы и поиск социальной поддержки* ;

✓ *дистанцирование*;

✓ *положительная переоценка*;

✓ *самоконтроль*

У беременных ВИЧ-инфицированных женщин выражено преобладание таких стратегий как *принятие ответственности и бегство/избегание*. Данный факт можно объяснить следующим образом, принимая решение о родах, происходит осознание ответственности за здоровье ребёнка, устраняя специфику страха (передача диагноза ВИЧ ребёнку) выполнением всех предписаний врача. *Бегство/избегание* можно объяснить тем, что женщина пытается не концентрировать внимание на внутренние воздействия – страхи и внешние - неодобрения социума. Зачастую медицинский персонал проявляет по отношению к этим женщинам свою предвзятость, в то время, когда, наоборот, им нужна поддержка, сочувствие и понимание. Также эти женщины постоянно сталкиваются не только со страхом, стрессом, стыдом, но и с

дискриминацией, что вызывает дополнительный стресс и страх во время беременности и перед родами.

В группе беременных женщин с условной нормой выражены такие стратегии совладания как:

- ✓ *бегство/избегание*
- ✓ *дистанцирование*

Мы видим, что обе группы женщин отметили у себя стратегию *бегство/избегание*, но у женщин с нормально протекающей беременностью данная стратегия является приоритетом в совладании, а у ВИЧ-инфицированных беременных женщин на первом месте стратегия *принятие ответственности*.

Далее использовался опросник Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (CISS) Н.С. Эндлера и Дж.А. Паркера, 1990, адаптирована Т. Л. Крюковой, 2001. Полученные данные отобразили следующую картину: у беременных женщин группы ВИЧ – инфицированные преобладает *проблемно-ориентированный* копинг-стиль. Парадоксально, но возможно это объясняется тем, что женщины с ВИЧ – инфекцией посредством лекарственных препаратов минимизируют заражение ребёнка и тем самым решают возникшую проблему. Однако высока вероятность социально желательных ответов, что в принципе свойственно данной выборке в целом.

Проективная рисуночная методика «Я и мои роды» (модификация Г.Г. Филипповой в исследовании О.Б. Подобиной, 2005), ВИЧ – инфицированными беременными женщинами выполнена схематично. В эйфорическом стиле, два рисунка, где преобладают красный, жёлтый, оранжевый, зелёный и синий цвета. Изображение людей отсутствует. Три рисунка выявили тревожный стиль переживания беременности, выполнены в тёмных тонах, что может говорить о депрессии, тревоге, страхах. Ни на одном рисунке не изображён мужчина, женщина одинока. Редко изображены

дети, что не отражает действительности, т.к. все женщины были замужем и на больших сроках беременности. Данный факт можно считать закономерным, учитывая, что женщины переживают стресс постановки диагноза ВИЧ – инфекции, либо находятся в конфликте со своей беременностью.

Из вышесказанного можно заключить, что:

- *Избегание* – это стиль совладания, преобладающий у беременных женщин с условной нормой и сильным дистрессом. *Проблемно-ориентированный копинг* у беременных ВИЧ-инфицированных женщин – это показатель планирования беременности, принятия ответственности за здоровье будущего ребёнка и решения проблем посредством приема терапии, в то время как у беременных женщин, имеющих низкий медицинский риск, данный стиль может привести к концентрации на проблемах, которые не могут быть решены в данный момент; (Подобина, 2005).

- ВИЧ – инфицированные беременные женщины относятся к группе высокого медицинского риска, следовательно, такой копинг-стиль как *бегство/избегание* не является адекватным их состоянию и переживаемой ими ситуации. *Бегство/избегание* – копинг-стиль, который присутствует в способах совладания этой категории женщин, в связи с тем, что они не могут полностью контролировать ситуацию.

Выводы:

1. Изучение феномена совладающего поведения, социальную значимость которого трудно переоценить, очень важно для выработки стратегии психологической помощи в трудных жизненных ситуациях, особенно в ситуации болезни, т.к. совладание в данном контексте имеет свою специфику. В ситуации постановки диагноза ВИЧ необходимо

продуктивное совладание с возникающими эмоциями и переживаниями. Для успешного совладания со стрессом от личности требуется урегулировать трудности в социальных, межличностных отношениях, возникшие на фоне неприятия диагноза, как заразившимся человеком, так и социумом в целом, а также стигматизации людей, живущих с ВИЧ. На сегодняшний день модель поведения людей, живущих с ВИЧ, дезадаптивна, слабо поддается их сознательному контролю; направлена на активное создание инкапсуляции, стигматизации и неприятие диагноза, что создает угрозу для благополучия ВИЧ-инфицированного человека.

2. Очевидно, что люди, имеющие статус ВИЧ, относятся к особой субкультуре общества: нередко они считают себя изгоями, неудачливыми и виноватыми в том, что инфицировались. Также они склонны к враждебному и подозрительному восприятию других людей. То, каким образом они воспринимают ситуацию своей болезни, и какие способы совладания используют, во многом культурно обусловлено их принадлежностью к группе людей, имеющих диагноз ВИЧ, что делает их восприятие и копинг специфичными. Однако еще до заболевания и постановки диагноза им было свойственно личностное неблагополучие: инфантилизм, социальная безответственность, отсутствие заботы о себе, о своей жизни и здоровье (Крюкова, Шаргородская, 2013).

3. Работа с ВИЧ-инфицированными людьми проводится формально, не может быть названа полноценной, им не оказывается всесторонняя помощь, которая должна проявляться в психологической поддержке и необходимом им сопровождении всех социальных учреждений, для адаптации в обществе (с ВИЧ диагнозом) и выработке способов совладания с болезнью.

4. ВИЧ – инфекция является пока практически неизлечимым заболеванием, при выявлении которого человек оказывается лицом к лицу

как с острым стрессом, трудными жизненными ситуациями, так и экзистенциальными вопросами: смысл жизни и деятельности, одиночество, профессиональная пригодность.

5. Отмечается дефицит теоретических знаний о совладании в ситуации болезни, в частности, ВИЧ-инфекции. Данное заболевание исследовано преимущественно в медицинском контексте, в психологии развития изучено недостаточно, что ограничивает комплекс мероприятий направленных на нивелирование стрессовой ситуации, обусловленной выставленным диагнозом (ВИЧ)

ГЛАВА III. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОВЛАДАНИЯ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОСТЬЮ КАК СТРЕССОГЕННОЙ СИТУАЦИЕЙ

3.1. Программа эмпирического исследования

В качестве **объекта** нашего исследования рассматривается совладающее поведение ВИЧ – инфицированных людей, переживающих специфический длительный эмоциональный/психологический стресс.

Предмет: факторы и способы совладания со стрессогенностью диагноза у 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 (болезнь, повседневная жизнь с ВИЧ) по-разному: от умеренного уровня совладания до несовладания.

Частные гипотезы:

1. ВИЧ – инфицированность выступает как длительная стрессогенная ситуация для заболевшего человека, которая оказывает воздействие на качество жизни человека с данным диагнозом и на его жизненный стиль посредством острого стресса/травмы постановки диагноза, а далее хронического стресса.

2. Уровень совладания/несовладания со стрессом болезни сопряжено 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 и совладания с ним у ВИЧ-инфицированных: в зависимости от этапа переживания стресса болезни, 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 период жизни заболевшего человека, что делает совладание с ситуацией болезни более трудным.

Нами были выдвинуты следующие **задачи**:

Эмпирические:

1. Выделить эмпирические признаки переживания болезни: эмоциональные состояния (одиночество как основную реакцию на постановку диагноза ВИЧ как негативного переживания ситуации; депрессивные состояния и др.).

2. Организовать исследование способов совладания со стрессом в ситуации болезни (в разных выборках);

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

Выборка: состоит из 103-х человек (из них 38 мужчин и 65 женщин.) в возрасте от 17 до 46 лет, (средний возраст 30-31) 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, не более полугода прошло с момента постановки диагноза; 87 человек имеют условно «давний стресс» с момента постановки диагноза прошло более 1 года) с разными путями заражения (55 человек – половой путь заражения, 48 человек наркотический путь заражения), и из разных социальных слоев.

Методы исследования:

1) Феноменологическое интервью

2) Включенное наблюдение проводилось в ходе интервьюирования респондентов для фиксации невербальных реакций в процессе рассказа о переживании и способах совладания со стрессом болезни ВИЧ.

3) Проективная методика: рисунок «Я и моя болезнь» использовалась для выявления эмоционального состояния респондентов и их отношения к болезни, в том числе и для перепроверки результатов бланковых методик. Респондентам предлагался стандартный лист формата А4, который располагался вертикально перед ними, и коробка с цветными карандашами. Давалась следующая инструкция: «Нарисуйте, пожалуйста, как Вы представляете себя и свою болезнь». Обработывалась методика с помощью Энциклопедии признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии (Лебедева Л. Д., Никонорова Ю. В., Тараканова Н. А., 2006). В экспертную группу по интерпретации входили три человека: Т.Л. Крюкова, О.А. Екимчик, О.В. Шаргородская.

4) *Психодиагностические методы:*

1. Опросник депрессивности А. Бека в адаптации Н.В. Тарабриной (*Beck Depression Inventory - BDI*) был использован нами для оценки уровня депрессивности респондентов, а также выраженности отдельных симптомов депрессии у них как показателей стрессогенности ситуации ВИЧ-инфицирования.

2. Тест социальная сеть (Д. Фонтана, Г. Перри, 1995) был использован для оценки включенности в социум ВИЧ-инфицированных, как одного из показателей качества жизни респондентов.

3. Шкала одиночества - *LS* Дж. Гервельд и Т. фон Тилбурга, адаптирована Т.Л.Крюковой и О.А. Екимчик, направленная на изучение двух видов одиночества: эмоционального, под которым понимается отсутствие

тесных эмоциональных связей и привязанности, и социального, то есть изолированность от окружающего общества. Нами использовалась для оценки уровня видов одиночества как один из показателей качества жизни ВИЧ-инфицированных людей.

4. Шкала ценностей Ш. Шварца и В. Бильски (краткий вариант) (1990).

5. Шкала самооценки (Т. Singelis, *The Self-Construal Scale*, 1994).

6. Опросник способов совладания (ОСС или *WCQ*) S. Folkman и R. Lazarus, 1988, адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык и др. (2003), применялся нами для изучения способов совладания респондентов со стрессом в ситуации ВИЧ-инфицирования. Он позволяет оценить выраженность 8 копинг-стратегий.

7. Методика Э. Хайма «Совладающее поведение» предполагает изучение трех типов копинг-стратегий человека: когнитивные, эмоциональные и поведенческие. К когнитивным копинг-стратегиям автор относит: игнорирование, смирение, диссимуляция, сохранение самообладания, проблемный анализ, относительность, религиозность, растерянность, придача смысла, установка собственной ценности. В эмоциональные копинг-стратегии включены: протест, эмоциональная разрядка, подавление эмоций, оптимизм, пассивная кооперация, покорность, самообвинение, агрессивность. Поведенческие копинг-стратегии представлены следующим спектром: отвлечение, альтруизм, активное избегание, компенсация, конструктивная активность, отступление, сотрудничество, обращение. Респондентам была дана следующая инструкция: «Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего поведения. Постарайтесь вспомнить, каким образом Вы чаще всего разрешаете трудные стрессовые ситуации и ситуации высокого эмоционального напряжения. Обведите кружком, пожалуйста, тот

номер, который Вам подходит. В каждом разделе утверждений необходимо выбрать только один вариант, при помощи которого Вы разрешаете свои трудности. Отвечайте, пожалуйста, в соответствии с тем, как Вы справляетесь с трудными ситуациями на протяжении последнего времени. Не раздумывайте долго - важна Ваша первая реакция. Будьте внимательны!» Методика предполагает качественную обработку результатов.

8. Экспресс-опросник копинг-стратегий (Brief Copr) Ч. Карвера, М. Шайера, Дж. К. Вайнтрауба, 1997, позволяет оценить выраженность копинг-стратегий в совладании со стрессом ВИЧ-инфицирования. Спектр изучаемых ее стратегий несколько шире, чем в методике ОСС, и включает в себя следующие: *самоотвлечение, активный копинг, отрицание, использование психоактивных веществ, поиск эмоциональной поддержки, поиск инструментальной поддержки, избегание, выплеск эмоций, позитивная переоценка, планирование, юмор, принятие, уход в религию, самообвинение.*

5) Методы обработки данных:

1. контент-анализ для количественной обработки интервью. На основе теоретической проработки проблемы стресса совладающего поведения были выделены категории: проявление стресса (страх, депрессивность, шок, физиологические проявления) и стратегии совладания (деструктивное совладание, проблемно-ориентированные копинг-стратегии, эмоционально-ориентированные копинг-стратегии, копинг-стратегии ориентированные на избегание, обращение и поиск информации). Далее с помощью единиц анализа в качестве которых выступали отдельные слова и словосочетания подсчитывалась частота встречаемости проявлений стресса и копинг-стратегий в интервью.

2. Методы статистического анализа данных: описательная статистика, Т-критерий Стьюдента для сравнения двух независимых групп по количественному признаку, множественный регрессионный анализ, χ^2 –

Пирсона для сравнения двух независимых групп по номинативному признаку, однофакторный дисперсионный анализ для выявления сопряженности / предикции независимой переменной. Статистическая обработка проводилась с помощью электронного пакета SPSS.19.0.

1.2. Описание и обсуждение результатов эмпирического исследования

Нами был проведен качественно-количественный анализ данных, в ходе которого были получены следующие результаты относительно совладающего поведения ВИЧ-инфицированных с разного пола и разными путями заражения. Для проверки гипотезы о том, что ВИЧ – инфицированность выступает как длительная стрессогенная ситуация для заболевшего человека, которая оказывает воздействие на качество жизни человека с данным диагнозом, мы проанализировали проективную методику Рисунок «Я и моя болезнь», интервью с респондентами и данные, полученные с помощью методик «Опросник депрессивности» А. Бека, «Шкала 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. На наш взгляд, это свидетельствует в какой-то мере о внутреннем отторжении болезни и неприятии сложившейся ситуации у большинства респондентов. Содержательный анализ рисунков «Я и моя болезнь» показал, ситуация ВИЧ инфицирования является острым стрессом и влечет за собой сильные переживания (рисунок 1)

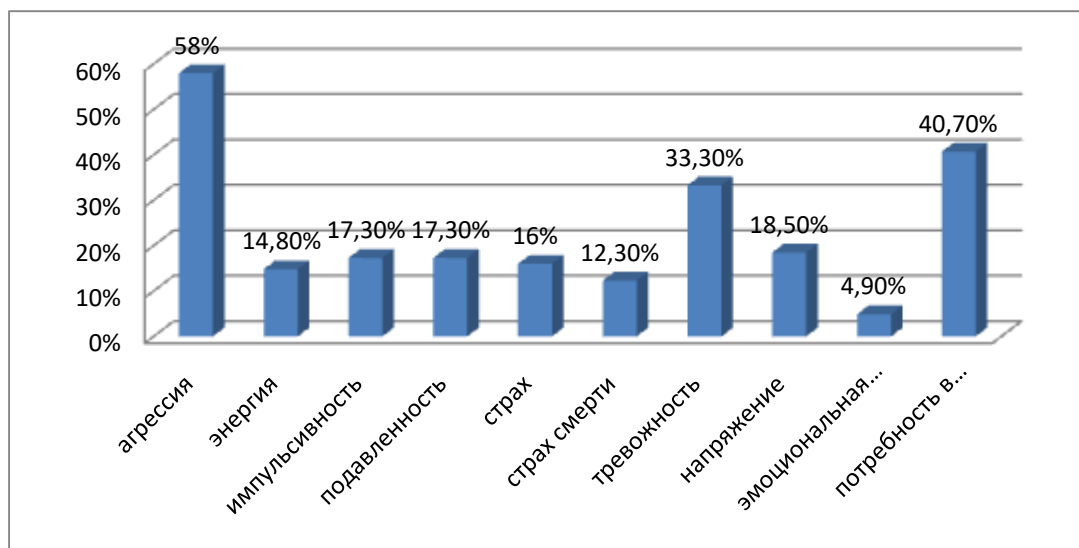


Рис. 1. Переживания респондентов на основе анализа рисунков «Я и моя болезнь» (N=81)

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. О чем свидетельствуют следующие маркеры стресса и несовладания респондентами с болезнью,

которые также были выявлены при анализе рисунков «Я и моя болезнь» (рисунок 2).

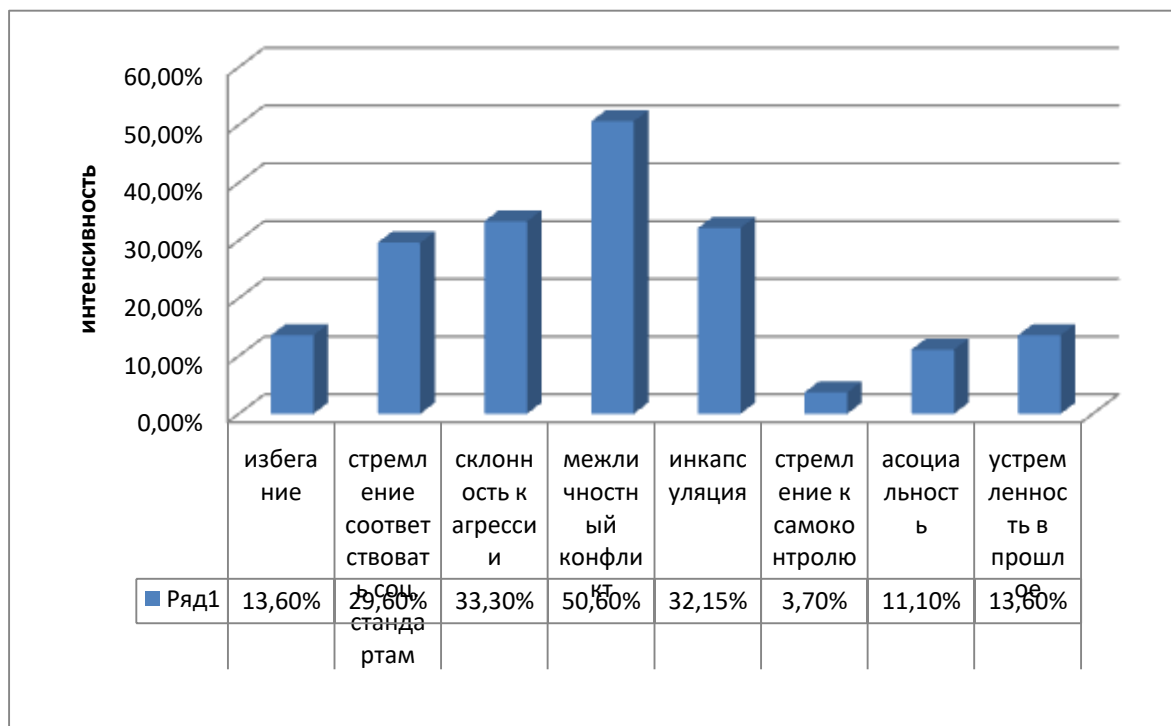


Рис.2. поведенческие признаки стресса и несовладания у ВИЧ-инфицированных респондентов

На рисунке 2 показано, что у половины респондентов (50,6%) присутствует межличностный конфликт, ухудшились взаимоотношения с близким окружением с постановкой диагноза ВИЧ-инфекция. При этом они отрицают любую критику своего поведения, проявляют явную склонность к агрессии в межличностных контактах (33,3% респондентов), которая может быть одним из способов совладания со стрессом. У третьей части нашей выборке присутствует инкапсуляция, стремление отгородиться от всего внешнего мира, своей болезнью. В тоже время есть стремление соответствовать социальным стандартам (29,6%), ощущение себя другим, не

вписывающимся 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 прибегают к самоконтролю (3,7%) как способу совладания. Следовательно, у большинства респондентов отмечается обострение 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 переживания стресса ВИЧ-инфицирования, усиливая его отчуждением от общества, усугубляется чувством одиночества. Так же полученные данные можно охарактеризовать как посттравматический синдром.

Результаты анализа проективной методики – рисунок «Я и моя болезнь» были подтверждены и бланковыми методами, в частности с помощью опросника депрессивности А.Бека.

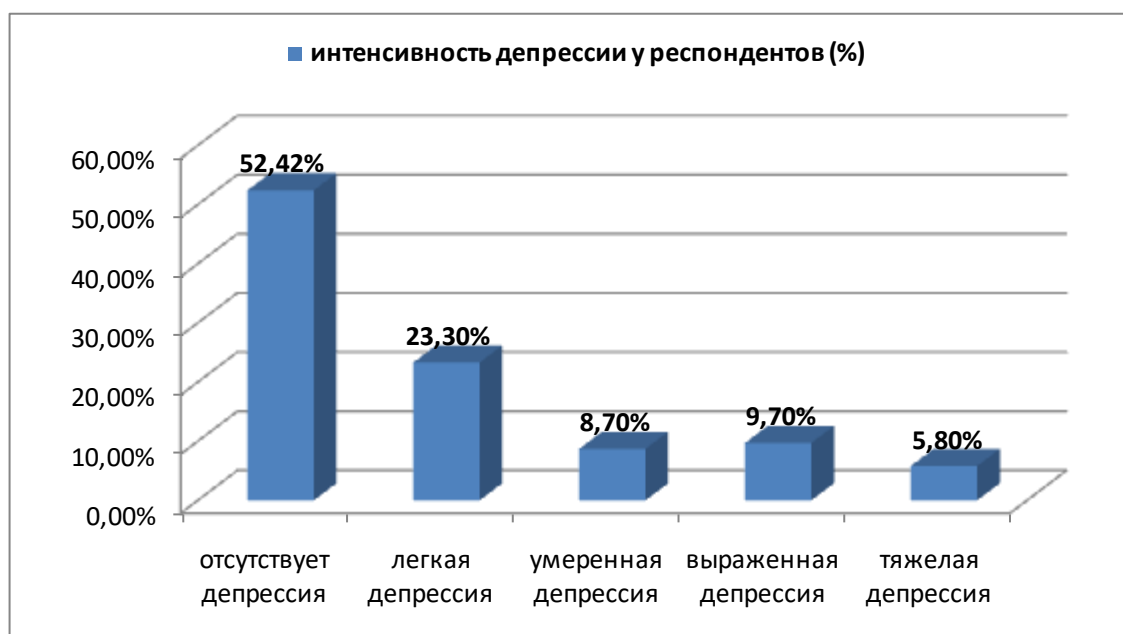


Рисунок 3. Интенсивность депрессии у респондентов (n=103) в процентном соотношении в целом по выборке

Наличие депрессии является одним из признаков стрессогенности ситуации, в связи с этим мы определили уровень депрессии у наших респондентов (рисунок 3): «отсутствует депрессия» - 52,42%, «легкая депрессия» -23,3%, «умеренная депрессия» – 8,7%, «выраженная депрессия» – 9,7%, «тяжелая депрессия» -5,8%. Следовательно, мы можем утверждать, что у 47,58% наших респондентов присутствует депрессия в той или иной форме, что свидетельствует о стрессогенности ситуации ВИЧ-инфицирования для человека.



Рисунок 4. Выраженность признаков стресса у респондентов (n=103) в процентном соотношении в целом по выборке

Кроме того, анализ интервью позволили выявить признаки стресса у ВИЧ-инфицированных респондентов (рисунок 4): страх - 60,19%;

депрессивность – 42,72%, шок -75,73%, физиологические проявления – 23,3%. Таким образом, мы можем утверждать, что ВИЧ-инфицирование является стрессогенной ситуацией, оказывающей влияние на качество жизни человека, значительно снижая его и способствуя возникновению депрессии.

Для проверки гипотезы мы поделили респондентов на подгруппы, те у кого «давний стресс», то есть они довольно давно знают о своем диагнозе и живут с ним, и те, у кого «сырой стресс», то есть человек недавно узнал о том, что он ВИЧ-инфицирован. Данные подгруппы мы сравнили между собой по наличию признаков стресса. Выяснилось, что достоверно значимое различие есть только по признаку «физиологические проявления» (Хи-квадрат=7,556; $p=0,006$). Физиологические проявления стресса отмечают у себя чаще респонденты, недавно получившие статус ВИЧ-инфицированные (50%), чем те, кто живет с этим статусом довольно давно (18%). Следовательно, человек, узнав об инфицировании ВИЧ, переживает стресс на психологическом и физиологическом уровне, что говорит о его силе. Но с течением времени, выраженность физиологических проявлений несколько снижается, что на наш взгляд, является результатом частичного совладания со стрессом болезни. По другим параметрам стресса таким, как депрессивность, шок, страх – достоверно значимых различий не выявлено, они характерны для обеих групп респондентов в равной степени. Следовательно, люди с диагнозом ВИЧ-инфекция живут в состоянии психологического стресса постоянно, независимо от того, сколько времени прошло с постановки диагноза.

В качестве показателя стрессогенности ситуации ВИЧ-инфицирования и качества жизни мы рассматривали уровень эмоционального и социального одиночества у наших респондентов (таблица 1).

Таблица 1

Выраженность эмоционального и социального одиночества у ВИЧ-инфицированных (n=103)

Уровни одиночества	Эмоциональное одиночество	Социальное одиночество
Высокий	71 (68,93%)	49 (47,57%)
Средний	32 (31,07%)	49 (47,57%)
Низкий	0 (0%)	5 (4,85%)

На основе анализа данных, приведенных в таблице 1, мы можем утверждать, что для ВИЧ-инфицированных для большинства респондентов 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 в близких эмоциональных отношениях, принятии и поддержке со стороны окружающих. Результаты интервью, бланковых проективных методов позволяют нам констатировать тот факт, что ВИЧ-инфицированный человек чувствует себя эмоционально и социально изолированным, оторгнутым от общества, что только 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. Данные переживания обусловлены, на наш взгляд, отношением, существующим в обществе к ВИЧ-инфицированным людям, недостатком информации о путях передачи ВИЧ, и страхом быть ВИЧ-инфицированными. Таким образом, наша первая гипотеза подтверждается полностью.

Для проверки основной гипотезы о том, что ВИЧ-инфицированные люди совладают со стрессом, то есть болезнью, по-разному мы сравнили две группы респондентов (первая - ВИЧ-инфицирование наркотическим путем, вторая – ВИЧ-инфицирование половым путем.) Были выявлены следующие результаты. Нами были получены следующие результаты. Конфронтативный копинг достоверно значимо ($t=-2,04$ $p=0,04$) больше выражен у респондентов с наркотическим путем заражения ($m=9,36$), чем у респондентов с половым путем инфицирования ($m=8,05$). Аналогичные результаты были получены и на основе анализа рисунков «Я и моя болезнь». Склонность к агрессивным действиям достоверно значимо ($\varphi=2,71$ $p=0,01$) 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 о большей активности и мобилизованности, которые характерны для конфронтативного копинга. С другой стороны, конфронтативный копинг может быть характерен для людей, употребляющих наркотики в целом, так как они в какой-то мере противопоставляют себя обществу вступая с ним в конфликт.

Также для людей с наркотическим путем заражения ВИЧ ($m=4,87$) достоверно больше ($t=-2,52$; $p=0,01$) характерна такая копинг стратегия, как «юмор», чем для респондентов с половым путем заражения ($m=3,89$). Они стремятся больше видеть в сложившейся ситуации 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 предпочтения, чаще наблюдается и стремление соответствовать социальным стандартам ($\varphi=1,97$ $p=0,05$). Среди ВИЧ-инфицированных наркотическим путем 40,5% отмечают стремление соответствовать социальным стандартам, что значительно больше, чем ВИЧ-инфицированным половым путем – только 20,5%.

Для людей с половым путем заражения ($m=6,04$) более свойственны, чем с наркотическим путем инфицирования ($m=5,31$) такая стратегия совладания как принятие ($t=2,48$ $p=0,02$). 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 тенденция к различиям между ВИЧ-инфицированными половым путем ($m=3,73$) и ВИЧ-инфицированными наркотическим путем ($m=3,06$) по стратегии совладания отрицание ($t=1,94$; $p=0,055$). Выявленная тенденция к различиям говорит нам о том, что для людей с половым путем заражения ВИЧ больше характерна и такая стратегия, как «отрицание», то есть отказ верить поставленному диагнозу. Таким образом, мы можем говорить о противоречивости стратегий совладания людей с половым путем заражения ВИЧ.

Кроме того выявлены различия по частоте встречаемости такой стратегии совладания, как «установка собственной ценности» (Хи-квадрат=4,258 $p=0,039$). Данная стратегия более характерна для людей с наркотическим путем инфицирования ВИЧ (8,8%), чем для тех, у кого половой путь инфицирования (3,6%) (рис.5).

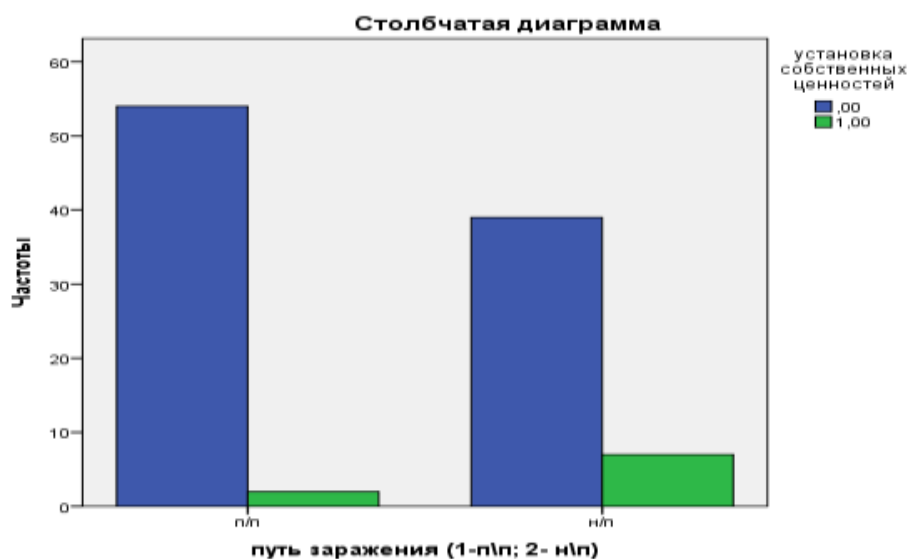


Рисунок 5 Различия в выраженности стратегии совладания «установка собственной ценности».

Далее мы сравнили: есть ли различия между мужчинами и женщинами в пути заражения ВИЧ. Нами было выявлено что мужчины и женщины достоверно значимо различаются по данному параметру (Хи-квадрат=31,367 $p=0,000$). Женщины чаще заражаются половым путем, мужчины наркотическим (рис.6).

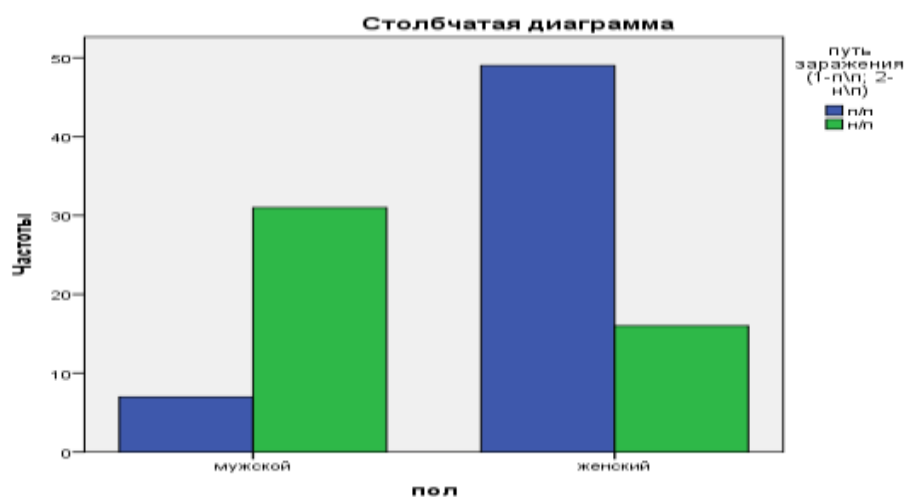


Рисунок 6. Различия между мужчинами и женщинами в пути заражения ВИЧ

Также мы сравнили выраженность у мужчин и женщин способов совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования. Были выявлены как достоверно значимые различия, так и тенденции к различиям. В частности достоверно значимые различия между мужчинами и женщинами существуют по частоте применения стратегии совладания «Придача смысла» (Хи-квадрат=5,291 $p=0,021$). Мужчины (15%), чаще женщин (3%) стремятся найти смысл в сложившейся ситуации (рис.7)

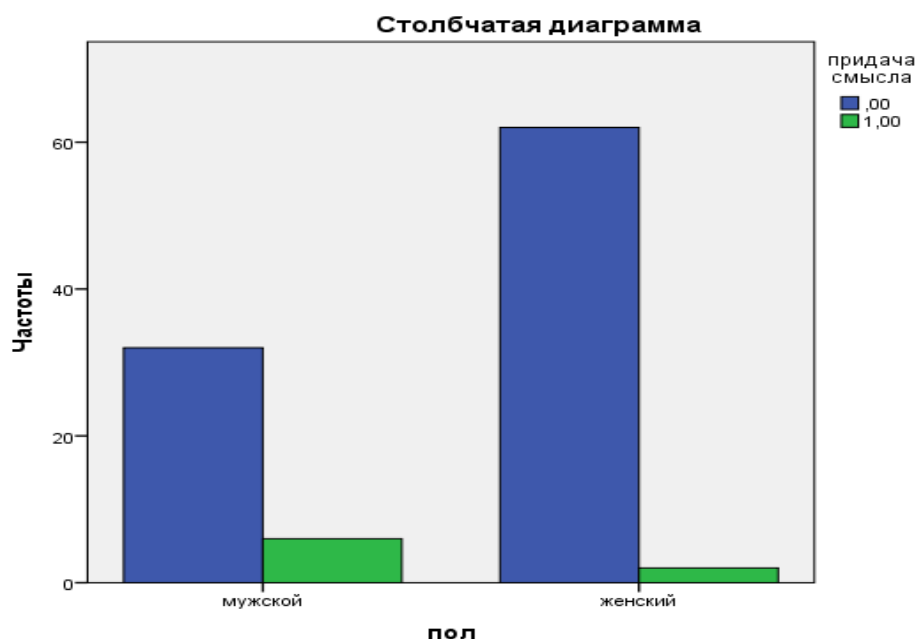


Рисунок 7 Различия в выраженности стратегии совладающего поведения «придача смысла» между мужчинами и женщинами

Кроме того мужчины и женщины достоверно значимо различаются по частоте встречаемости такой стратегии, как «оптимизм» (Хи-квадрат=6,869 $p=0,009$). У мужчин она встречается чаще, чем у женщин. Женщины склонны впадать в пессимизм в стрессовой ситуации, спровоцированной ВИЧ-инфицированием (рис.8).

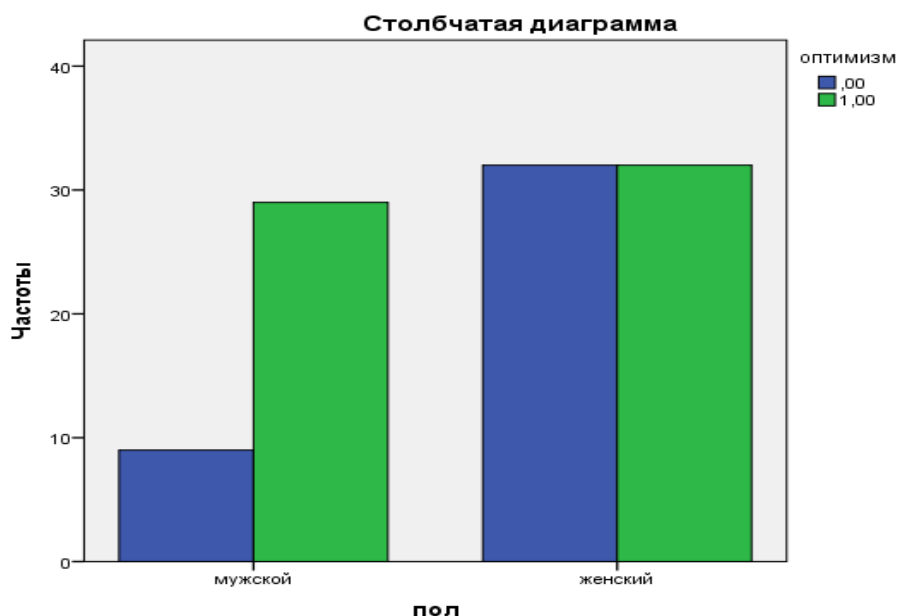


Рисунок 8 Различия в выраженности стратегии совладающего поведения «оптимизм» между мужчинами и женщинами

Как мы уже упоминали, есть ряд тенденций к различиям по полу. В частности тенденция по стратегии «религиозность» (Хи-квадрат=2,886; $p=0,089$). Женщины (12,2%) чаще мужчин (2,6%) прибегают к этой стратегии в стрессовой ситуации ВИЧ-инфицирования (рис.9). Хотя в целом эта стратегия мало характерна для ВИЧ-инфицированных респондентов, что является парадоксальным, на наш взгляд. Часть ВИЧ-инфицированных половым путем проходили реабилитационную программу «12 шагов», которая опирается на религиозность человека.

Такая же тенденция наблюдается в отношении стратегии «эмоциональная разрядка» (Хи-квадрат=3,785; $p=0,052$). Женщины (9,4%) выбирают ее чаще мужчин (0%), которым она вообще не свойственна (рис.10). Эмоциональная разрядка в основном проявляется через плач и рыдание в данном случае, то есть формы поведения, приписываемые в культуре больше женщинам, чем мужчинам.

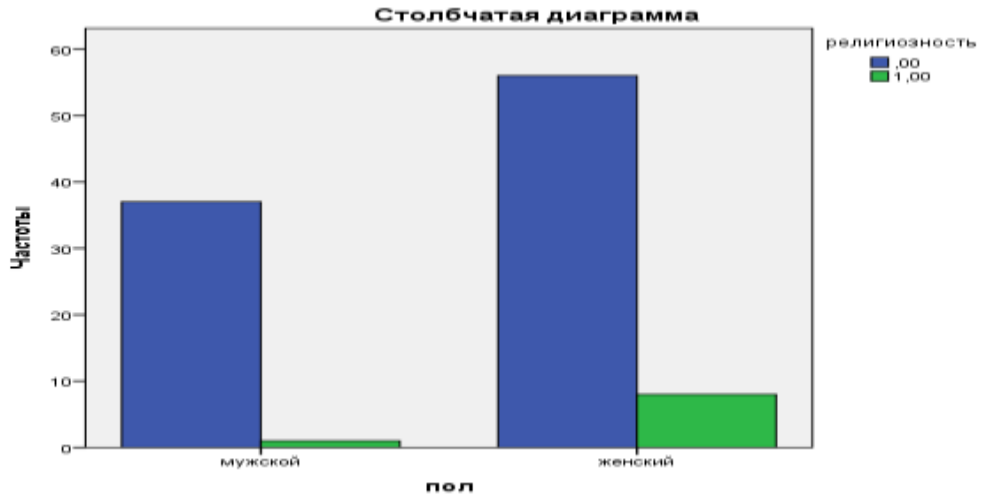


Рисунок 9 Тенденция к различиям между мужчинами и женщинами по стратегии «Религиозность»

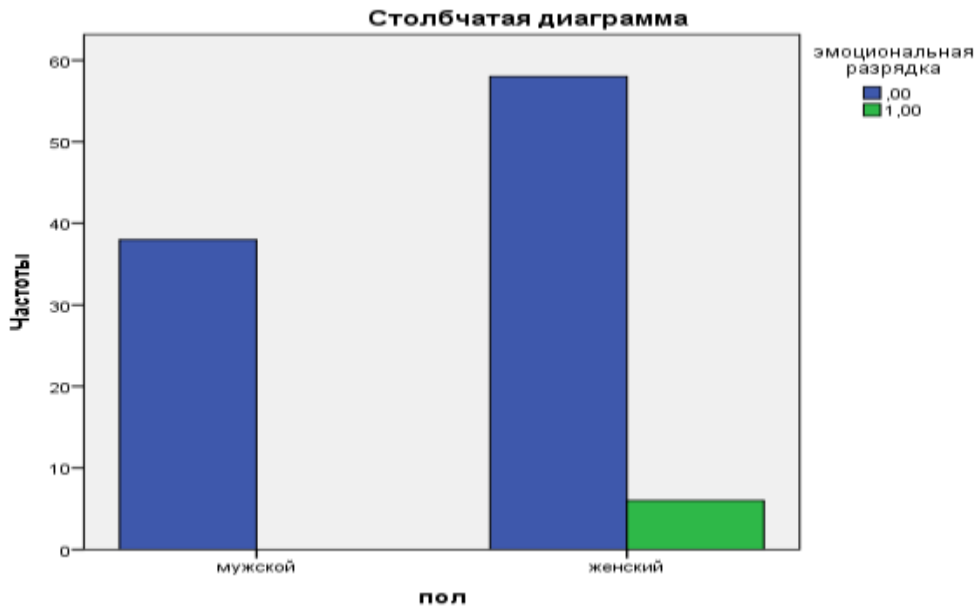


Рисунок 10. Тенденция к различиям между мужчинами и женщинами по стратегии «эмоциональная разрядка»

И аналогичная тенденция к различиям выявлена в отношении стратегии «обращение» (Хи-квадрат=3,355; $p=0,067$). Женщины (21,9%) склонны чаще прибегать к обращению, чем мужчины (7,9%) (рис.11).

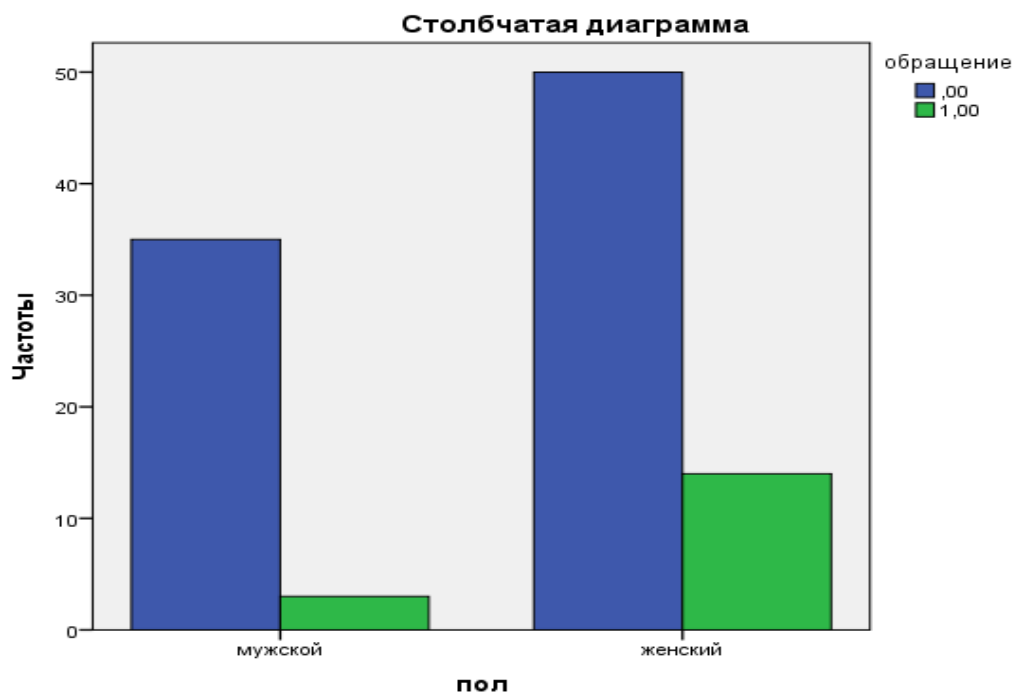


Рисунок 11. Тенденция к различиям между мужчинами и женщинами по стратегии «обращение»

В ходе интервью, мы также пытались выявить стратегии совладания со стрессом у каждого конкретного респондента. Обработка и анализ данных интервью позволили сгруппировать способы совладания по следующим категориям: «деструктивное совладание» (приём наркотических средств, употребление алкоголя), «обращение» (обратился в СПИД центр, пришёл в поликлинику, нашёл группу в интернете), «проблемно-ориентированный копинг» (здоровый образ жизни, регулярное посещение больницы, прием терапии), «эмоционально-ориентированный копинг» (плаксивость, срывы заключающиеся в скандалах с близкими людьми), «копинг ориентированный на избегание» (живу как раньше, стараюсь не вспоминать, не разговариваю на данную тему) и отдельно был выделен способ «поиск информации» (активный поиск информации в интернете, поиск литературы про ВИЧ/СПИД).

С помощью сравнения по критерию Хи-квадрат Пирсона нами было выявлено достоверно значимое различие в частоте и выраженности деструктивного совладания у людей с разными путями ВИЧ-инфицирования (Хи-квадрат=38,878, $p=0,000$). ВИЧ-инфицированные наркотическим путем (65%) значительно чаще используют деструктивное совладание, чем ВИЧ-инфицированные половым путем (7%). Полученный результат свидетельствует о том, что у инфицированных наркотическим путем больше выражена деструктивность поведения в стрессовой ситуации, они продолжают саморазрушать собственный организм, убегая в наркотизацию и алкоголизацию.

В продуктивных способах совладания также выявлены различия между инфицированными наркотическим путем и половым. В частности *обращение* (Хи-квадрат=5,218; $p=0,022$) за помощью профессиональной как способ совладания в большей мере характерен для ВИЧ-инфицированных половым путем (59%), чем для ВИЧ-инфицированных наркотическим путем (37%). Следовательно, ВИЧ-инфицированные половым путем чаще склонны искать профессиональную помощь и обращаться за поддержкой, чем те, кто употребляет наркотики и инфицирован ВИЧ.

Парадоксальным является выявленный в интервью факт, касающийся проблемно-ориентированных способов совладания (Хи-квадрат = 14,928 $p=0,000$). ВИЧ-инфицированные наркотическим путем (33%) чаще применяют стратегии проблемно-ориентированного совладания, чем инфицированные ВИЧ половым путем (4%). Это свидетельствует о том, что 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 адаптации к среде.

По таким способам совладания, как эмоционально-ориентированный копинг и копинг ориентированный на избегание, поиск информации достоверно значимых различий не выявлено. Но можно констатировать на основе анализа интервью, что эмоционально ориентированный копинг малохарактерный способ совладания в стрессовой ситуации ВИЧ-инфицирования (инфицированные половым путем – 22%, инфицированные наркотическим путем - 10%). Копинг ориентированный на избегание, наоборот, характерен для респондентов инфицированных ВИЧ разными путями: наркотический путь – 61%, половой путь 65%. Следовательно, человек инфицированный ВИЧ независимо от того, каким способом он был инфицирован, не находит в себе сил для самостоятельного разрешения сложившейся ситуации, оказания себе помощи и поддержки, стремиться уйти от нее, забыться, отказывается верить в происходящее. У него включаются психологические защиты. Ситуация воспринимается как чрезвычайно травмирующая.

Необходимо отметить, что стратегия совладания «поиск информации» также свойственна ВИЧ-инфицированным людям, независимо от пути заражения (35% - наркотический путь; 30% - половой путь). Это свидетельствует о недостаточности просвещения населения 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.

Также с помощью интервью были выявлены половые различия в способах совладания ВИЧ-инфицированных респондентов. В частности достоверно значимые различия между инфицированными мужчинами и

женщинами по деструктивному совладанию (Хи-квадрат=10,927; $p=0,001$). Мужчинам (55%) больше характерно деструктивное совладание, чем женщинам (23%). Мужчины чаще используют деструктивные способы, направленные на саморазрушение организма, личности. У женщин меньше выражено деструктивное совладание, несовладание со стрессом инфицирование ВИЧ.

Копинг ориентированный на избегание (Хи-квадрат=6,406; $p=0,011$), больше характерен женщинам (72%), чем мужчинам (47%). Мы можем отметить, что для большинства наших респондентов характерен способ совладания «избегание», но при этом у женщин он проявляется значительно чаще, чем у мужчин. Копинг ориентированный на избегание, проявляется в игнорировании диагноза ВИЧ, непосещение специализированных учреждений, неконтрольность протекания болезни (анализы не сдаются, терапия не принимается), не информирование своих половых партнёров и т.д. Данное различия является интересным, на наш взгляд, так как совладание ориентированное на избегание более свойственно мужчинам, чем женщинам.

Достоверно значимых различий между мужчинами и женщинами по таким способам совладания, как проблемно ориентированный копинг, эмоционально-ориентированный копинг, поиск информации, обращение не выявлено (таблица 2).

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

Копинг-стратегии	мужчины	женщины
Проблемно-ориентированный копинг	26%	12%
Эмоционально-ориентированный копинг	18%	15%

Обращение за помощью	44%	51%
Поиск информации	35%	29%

Таблица 2

Мы можем утверждать, что обращение за помощью и поиск информации в стрессовой ситуации ВИЧ инфицирования более характерен, как мужчинам, так и женщинам, чем проблемно-ориентированный копинг и эмоционально-ориентированный копинг.

Таким образом, наша основная гипотеза о том, что ВИЧ-инфицированные люди совладают со стрессом болезни по-разному, подтвердилась.

Для проверки нашей третьей гипотезы о том, что совладание/несовладание со стрессом болезни обусловлено диспозиционными и социальными факторами, а именно: уровнем одиночества, депрессивности, качеством самооценки, широтой и интенсивностью социальной сети, предпочтением ценностей и др. мы использовали множественный регрессионный анализ. Нами были получены следующие результаты.

Выявлено достоверно значимое воздействие эмоционального одиночества на конфронтативный копинг ($R=0,258$, $R^2=0,067$, $p=0,009$, $F=7,201$). Данная закономерность объясняет 6,7% дисперсии выраженности конфронтативного копинга. При этом необходимо отметить, что эмоционально одиночество является отрицательным предиктом для конфронтативного копинга ($\beta=-0,258$, $p=0,009$). Следовательно, 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.

На способ совладания «поиск социальной поддержки» оказывают совокупное воздействие эмоциональное и социальное одиночество ($R=0,283$, $R^2=0,080$, $p=0,016$, $F=4,339$). Выраженность поиска социальной поддержки в 8% дисперсии обусловлена интенсивность переживания эмоционального и социального одиночества. При этом необходимо отметить, что предиктор видов одиночества разнонаправленное: у эмоционального – отрицательное ($\beta=-0,24$; $p=0,046$), а у социального – положительное ($\beta=0,348$, $p=0,004$). Следовательно, чем острее ВИЧ-инфицированный переживает эмоциональное одиночество, тем реже он ищет поддержки у окружающих людей, усугубляя свой стресс болезни. Социальное одиночество, отсутствие социальных контактов, наоборот стимулирует поиск социальной поддержки у ВИЧ-инфицированного, стремление преодолеть свою изолированность от общества.

Активный копинг ВИЧ-инфицированных обусловлен возрастом респондентов ($R=0,227$, $R^2=0,051$, $p=0,021$, $F=5,477$). Данная закономерность объясняет всего 5,1% дисперсии выраженности активного копинга. Но при этом сопряжённость возраста положительное на интенсивность выраженности активных действий для совладания со стрессов ВИЧ-инфицирования ($\beta=0,227$, $p=0,021$). На наш взгляд, это обусловлено расширением спектра копинг-стратегий с опытом у человека, принятием на себя ответственности за случившиеся и стремлением преодолеть проблему.

Выявлен предиктор эмоционального одиночества ($R=0,409$, $R^2=0,168$, $p=0,000$, $F=20,342$) на выраженность копинг-стратегии «отрицание». Эмоциональное одиночество отрицательно обуславливает отрицание ВИЧ-инфицирования ($\beta=-0,409$, $p=0,000$), объясняя 16,8% его дисперсии. Высокая выраженность эмоционального одиночества, о которой мы упоминали

раньше, свидетельствует, что наши респонденты редко прибегают к такой стратегии, осознают и принимают наличие у себя ВИЧ-инфекции.

На стратегию совладания «использование психоактивных веществ» воздействует 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 ($\beta=0,336$, $p=0,001$). Выявленная закономерность объясняет 11,3% дисперсии способа совладания «использование психоактивных веществ».

Выявлен предиктор выраженности социального и эмоционального одиночества на стратегию совладания поиск эмоциональной поддержки ($R=0,403$, $R^2=0,163$, $p=0,000$, $F=9,720$). Совокупное сопряжение названных видов одиночества объясняет 16,3% дисперсии способа совладания поиск эмоциональной поддержки. При этом Важно отметить, что эмоциональное одиночество отрицательно воздействует на данную стратегию ($\beta=-0,319$, $p=0,006$), а социальное – положительно ($\beta=0,499$, $p=0,000$). Следовательно, отсутствие социальных связей и круга общения стимулирует поиск сочувствия и принятия у ВИЧ-инфицированного, а недостаток привязанностей, симпатии со стороны близких людей, чувство изолированности, наоборот ведет к отказу от использования эмоциональной поддержки.

Выявлена совокупная сопряжённость на стратегию «поиск инструментальной поддержки» ($R=0,434$, $R^2=0,189$, $p=0,000$, $F=7,672$) таких предикторов, как социальное одиночество, эмоциональное одиночество, уровень депрессивности. Данное воздействие предсказывает 18,9% дисперсии способа совладания «поиск инструментальной поддержки». При этом эмоционально одиночество является отрицательным предиктором ($\beta=-$

0,257, $p=0,034$), а социальное одиночество ($\beta=0,489$, $p=0,000$) и уровень депрессивности ($\beta=0,203$, $p=0,047$) положительное. Следовательно, инструментальную поддержку активнее используют ВИЧ-инфицированные, в том случае, когда у них высокий уровень депрессивности, недостаток социальных контактов, но при этом низкий уровень эмоционального одиночества. В нашей выборке у большинства респондентов высокий уровень эмоционального одиночества, что затрудняет использование ими инструментальной поддержки, помощи для поддержания хорошего физического самочувствия и преодоления стресса.

На стратегию совладающего поведения «избегание» воздействует совокупность предикторов когнитивно-аффективная субшкала и эмоциональное одиночество ($R=0,490$, $R^2=0,240$, $p=0,000$, $F=15,778$). Данная сопряжённость охватывает 24% дисперсии стратегии «избегание». При этом когнитивно-аффективные переживания депрессии положительно предсказывает ($\beta=0,365$, $p=0,000$), а эмоциональное одиночество ($\beta=-0,200$, $p=0,044$) отрицательно на избегание. Выраженность негативных мыслей и переживаний, сопровождающие депрессию провоцируют запуск стратегии совладания «избегания», стремления убежать, снизить напряжение, избавиться от стресса доступными способами, а ощущение эмоционального одиночества препятствует этому, усиливая стресс и заставляя человека отказаться от попыток, улучшить свое состояние, что ведет к несовладанию.

Выявлена детерминация стратегии совладания «выплеск эмоций» когнитивно-аффективной шкалой ($R=0,381$, $R^2=0,145$, $p=0,000$, $F=17,129$). Данный предиктор распространяется на 14,5% дисперсии стратегии. При этом необходимо отметить, что воздействие негативных переживаний и мыслей, присущих депрессивному состоянию положительно на выплеск эмоций ($\beta=0,348$, $p=0,000$). Стратегия «выслекс эмоций» помогает ВИЧ-инфицированному человеку на некоторое время облегчить свое состояние,

снизить стресс, но не решает и не изменяет кардинально сложившуюся ситуацию, что не позволяет ее разрешить.

На стратегию «уход в религию» выявлен достоверный предиктор уровня депрессивности ($R=0,279$, $R^2=0,078$, $p=0,004$, $F=8,544$). Данная сопряжённость объясняет всего 7,8% дисперсии стратегии «уход в религию». Влияние депрессивности в данном случае положительно ($\beta=0,279$, $p=0,004$). Следовательно, чем выше уровень депрессии у ВИЧ-инфицированного человека, тем чаще он будет использовать стратегию «уход в религию», пытаясь найти для себя таким образом поддержку и успокоение, найти некий смысл в ВИЧ-инфицировании.

Выявлено воздействие когнитивно-аффективной шкалы на стратегию совладания самообвинение ($R=0,410$, $R^2=0,168$, $p=0,000$, $F=20,375$). Данный предиктор положительный ($\beta=0,410$, $p=0,000$) и объясняет 16,8% дисперсии стратегии «самообвинение». Следовательно, негативные мысли и эмоции, сопровождающие депрессивное состояние усиливают стратегию самообвинение, что только усугубляет негативное состояние человека, усиливает стресс.

Стратегию совладающего поведения «планирование решения проблемы» предсказывает совокупность предикторов когнитивно-аффективная субшкала депрессивности и возраст ($R=0,298$, $R^2=0,089$, $p=0,010$, $F=4,860$). Данная закономерность объясняет 8,9% дисперсии указанной стратегии совладания. При этом возраст положительно ($\beta=0,197$, $p=0,042$), а негативные переживания и мысли, сопровождающие депрессию, отрицательно ($\beta=-0,216$, $p=0,026$) на применение 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 осмысливание и планирование способов разрешения проблемы.

При анализе влияния с помощью регрессионного анализа таких диспозиционных факторов, как самооценка и ценности, на стратегии совладающего поведения ВИЧ-инфицированных были получены следующие результаты. Ценности не являются предиктором совладания у ВИЧ-инфицированных. Самооценка является предиктором для отдельных стратегий совладания. В частности такой аспект самооценки, как «я независимый» воздействует на копинг-стратегию самоконтроль ($R=0,414$, $R^2=0,172$, $p=0,039$, $F=4,769$). Оценка собственной независимости предсказывает 17,2% дисперсии стратегии совладания самоконтроль. Необходимо отметить, что сопряжённость 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.

В отношении копинг-стратегии юмор выявлен предиктор другого аспекта самооценки, а именно «я зависимый» ($R=0,404$, $R^2=0,164$, $p=0,045$, $F=4,498$). Данное воздействие объясняет 16,4% дисперсии стратегии совладания юмор. Оценка собственной зависимости отрицательно предсказывает применение 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. Под большим вопросом находится эффективность данной

стратегии в совладании с болезнью, так как не способствует ни изменению образа жизни, ни применение действий против стресса.

Оценка себя как зависимого является предиктором в отношении копинг-стратегии уход в религию ($R=0,402$, $R^2=0,162$, $p=0,046$, $F=4,444$). В данном случае мы можем утверждать, что диспозиционный фактор объясняет 16,2% дисперсии стратегии совладания посредством религии. Необходимо отметить: сопряжённость оценки собственной зависимости на уход в религию положительное ($\beta=0,402$, $p=0,046$). Следовательно, чем более зависимым считает себя человек, тем чаще он будет прибегать к религии (молитва, посещение церкви) как способу совладания со стрессом ВИЧ-инфицирования.

Таким образом, способы совладающего поведения обусловлены возрастом, самооценкой, видами одиночества, уровнем депрессивности. При этом важно отметить, что наибольшую сопряжённость оказывают самооценка, эмоциональное и социальное одиночество и когнитивно-аффективные переживания, сопровождающие депрессию. Интересным, на наш взгляд, является то, что перечисленные факторы не оказывают совокупное воздействие на копинг поведение. Установленная нами предикция избирательно касается отдельных стратегий совладающего поведения. Удивительно, что широта социальной сети не оказывает прямого предсказания на совладающее поведение ВИЧ-инфицированных. Мы можем говорить о том, что частично подтвердилась наша третья гипотеза о сопряжённости диспозиционного и социального фактора.

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

Было получено достоверно значимое различие в степени проявления деструктивного совладания у людей, инфицированных разными путями. Мы можем констатировать, что заразившиеся ВИЧ через наркотики значительно чаще прибегают к деструктивным стратегиям копинга (65%), в сравнении с инфицированными половым способом (7%) ($\chi^2=38,9$; $p=0,00$). Группа, с заражением ВИЧ наркотическим путем, выявила в ходе исследования, 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.

Примеры негативной динамики совладания в контексте болезни:

Сохранена стилистика респондентов.

Из интервью С, 31 год, женщины (на учете по болезни 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.

Из интервью Ю., 29 лет женщины (на учете по болезни 9 лет). Узнав о диагнозе, перестала употреблять наркотики, 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. Но страх остался, вдруг опять сорвусь и начну что-нибудь употреблять.

Пример позитивной динамики копинга у респондентов с половым способом заражения ВИЧ.

Из интервью К., 28 лет, женщины (на учёте по болезни 12 лет).

Узнав о диагнозе, испытала сильнейший шок, первая мысль, что это последний день в моей жизни. Истерика и холодный пот, а потом ступор. Куда идти, кому рассказать? Где искать помощи? Врачи помогли осознать и узнать о болезни. Но стараюсь не думать и не вспоминать, пока не приходит время контрольных анализов. Муж поддержал, окружил заботой и вниманием. Мне кажется, что до постановки диагноза был не такой заботливый. Сейчас принимаю терапию, чтоб контролировать болезнь.

Из интервью О., 32 лет, мужчины (на учёте по болезни 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».

Лонгитюдное исследование показало, что большая часть ЛЖВ данной группы присуща «волнообразная» динамика совладания. Под «волнообразной» динамикой понимается цикличность конструктивного и деструктивного совладания. 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.

Мы наблюдаем в поведении респондентов в этот период, конструктивное совладание, так как прекращение употребления наркотиков, идет поиск информации о болезни – это способы проблемно-ориентированного копинга. Также к конструктивному поведению мы относим *копинг, ориентированный на социальную поддержку*. Это регулярное посещение лечащего врача и контакт с близкими людьми. Использование таких способов совладания позволяют заразившемуся человеку изменить свою жизнь, что это улучшает состояние здоровья. Комплексное лечение позитивно отражается на качестве жизни, физическом, психологическом и эмоциональном состоянии человека, что положительно меняет его картину болезни. Но, основываясь на данные интервью, мы видим, 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 образу жизни, употреблению наркотиков, совмещению наркотизации с приемом терапии. Такая динамика вызывает метафору шторма, разной силы волн (Крюкова, Сапоровская, Шаргородская, 2016).

Для респондентов, заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем, так же 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, приводящее к алкоголизации и утрате субъективного контроля над ситуацией.

Однако выявлена и более устойчивая продуктивная динамика у респондентов данной группы, обусловленная значимым поворотным позитивным событием.

Из интервью Л., 28 лет, женщины (на учете с диагнозом ВИЧ 4 года).

Узнав о статусе ВИЧ испытала глубокое горе, будто умер кто-то. Никого видеть не хотела, закрылась дома и рыдала. Родители уехали, и поговорить было не с кем. Спустя

время обратилась за помощью к специалистам и после разговора с врачом стала «оживать». Поняла, что жизнь не кончилась, просто жить придётся по-другому. Зарегистрировалась на сайте знакомства для людей, живущих с ВИЧ, где и познакомилась с мужем. Так как он тоже с ВИЧ-статусом нам легче справляться, сейчас жду ребёнка и принимаю терапию, но о диагнозе стараемся лишней раз не вспоминать, чтобы не омрачать жизнь.

Важную роль в динамике совладания у ВИЧ-инфицированных выступает фактор приема терапии (АРВТ). С помощью сравнительного анализа мы попытались выявить значимые различия совладающего поведения среди респондентов, принимающих и не принимающих терапию. Полученные данные показали различия по переменной проблемно-ориентированного копинга ($\chi^2=13.13$; *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, наша гипотеза о динамике переживания стресса и совладания с ним у ВИЧ-инфицированных подтвердилась. Динамике совладания у ВИЧ-инфицированных присущи феноменологические закономерности. Копинг является волнообразным динамическим

процессом, представляющим собой смену циклов конструктивного и деструктивного совладания.

Выявлены достоверно значимые различия по выраженности физических проявлений у ВИЧ-инфицированных имеющих и не имеющих значимых людей (Хи-квадрат=13,64, $p=0,000$). Наличие физических проявлений стресса отмечают у себя 36,1% респондентов, не имеющих значимых людей, и 4,8% тех, у кого есть значимые люди, что на наш взгляд свидетельствует о большей выраженности соматических признаков стресса и несовладании с ним (рис.12).

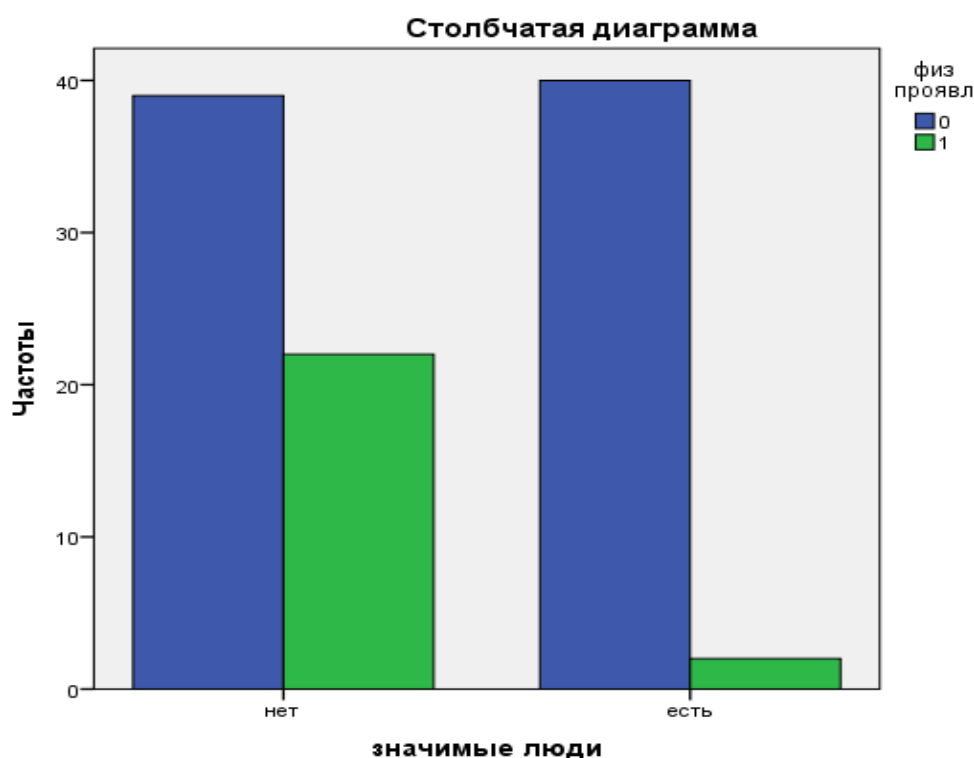


Рисунок 12. Различия в выраженность физиологических проявление между ВИЧ-инфицированными имеющими и не имеющими значимых людей

Нами было выявлено, что люди не имеющие значимых людей (рис.11) в своей жизни, чаще были ВИЧ-инфицированы половым путем (70,3%), чем наркотическим (46,9%) (Хи-квадрат=5,84, $p=0,02$). Если у ВИЧ-

инфицированных наркотическим путем практически нет связи с наличием значимого человека, то ВИЧ-инфицированные половым путем значительно чаще отмечают отсутствие такового в своей жизни. Данный факт подтверждается в ходе интервью. Респонденты отмечают, что страх одиночества, «желание быть любимым, нужным», выполнение своих социальных функций, а именно: создание семьи, рождение детей побуждают к поиску значимого человека. С одной стороны отсутствие значимого человека в совокупности с инфантильным поведением могли стать причиной ВИЧ-инфицирования, как следствие поиска значимых отношений. С другой, отсутствие значимого человека, может быть результатом постановки диагноза ВИЧ, так как часть респондентов отмечают уход близкого человека. Приведём пример по результатам исследования:

Из интервью С., 29 лет, женщины (на учете с диагнозом ВИЧ 3 года).

Развелась с мужем. Он ушёл к другой. Мне нужно было как-то самоутвердиться, доказать себе, что я нужна. Были половые партнёры, хотелось простого женского счастья, но всё на уровне быстротечных романов. Когда я познакомилась со своим вторым мужем, то была самой счастливой. Я доказала, я нужна, меня любят! Потом начался весь этот ужас. Я забеременела и пошла вставать на учёт, в женскую консультацию. Там и сказали, что у меня ВИЧ. Шок, истерика, обморок. Долго не могла прийти в себя. Муж прошёл отрицательный. Я предложила расстаться, зачем я ему «такая». Но он меня никуда не отпускает от себя. Поддерживает во всём, помогает, контролирует, когда сдавать анализы.

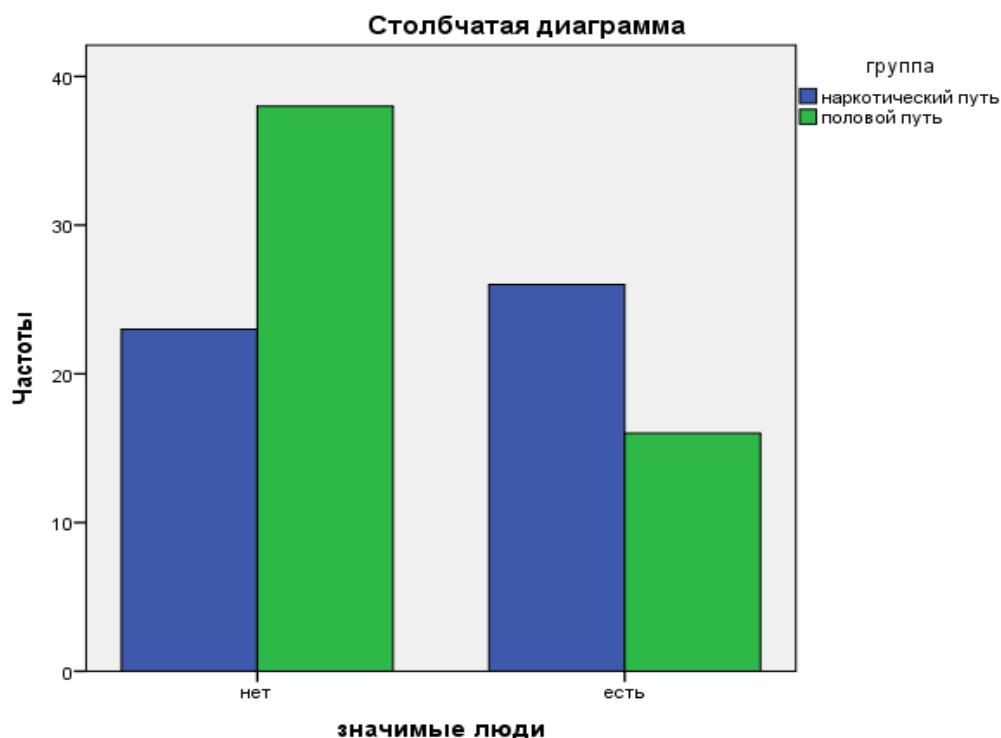


Рисунок 13. Различия в способах ВИЧ-инфицирования между респондентами, имеющими и не имеющими значимых людей

Выявлены различия между ВИЧ-инфицированными, имеющими и не имеющими значимых людей, в стратегиях совладания (рис. 14). В частности по стратегии самообвинение ($\chi^2=4,53$ $p=0,03$). Стратегия самообвинение в большей степени свойственна тем ВИЧ-инфицированным, которые не имеют значимых людей (19,7%), чем тем, у кого они есть (4,9%). Самообвинение в данном случае является деструктивной стратегией, так как не способствует преодолению или приспособлению к ситуации, а только усугубляет негативное эмоциональное состояние человека.

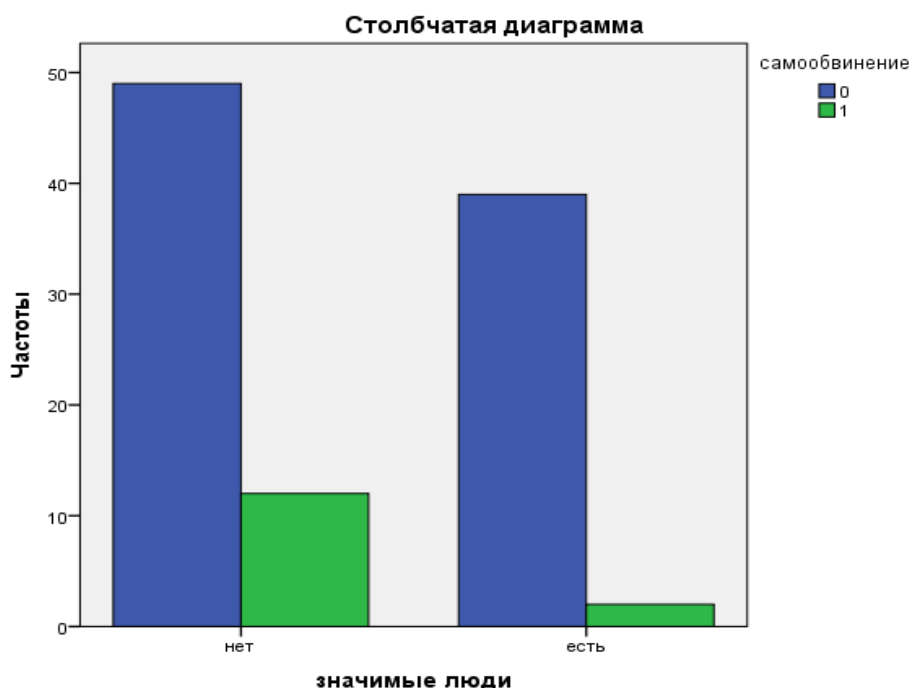


Рисунок 14. Различия в выборе копинг-стратегии самообвинение у ВИЧ-инфицированных имеющих и не имеющих значимых людей

Кроме того, мы сравнили ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин между собой степени открытости диагноза окружающим. Выявлено достоверно значимые различия ($p=0,002$). Женщины чаще, чем мужчины склонны скрывать наличие диагноза у себя. На наш взгляд, это сопряжено с тем, что мужчины, чаще были заражены ВИЧ наркотическим путем, а женщины – половым.

Наличие или отсутствие терапии не связано с различиями в степени открытости диагноза. И это вполне объяснимо, потому что врачи и медперсонал соблюдают принцип конфиденциальности. Наличие значимых людей способствует раскрытию диагноза ($p=0,000$). Большая степень открытости диагноза у тех, кто имеет значимых людей. ВИЧ-инфицированный человек, не смотря на высокую степень страха, перед отвержением стремится, открыть свою «тайну» значимому человеку.

Открытие диагноза, с одной стороны дает возможность разделить переживания и страхи с другим человеком, а с другой стороны увеличивает риск отторжения и стигматизации.

Выявлены достоверно значимые различия в степени открытости диагноза у людей с разными способами заражения ВИЧ-инфекцией ($p=0,01$). Больше открыт диагноз у людей с наркотическим путем заражения, чем половым. На наш взгляд, это связано с отсутствием близких и значимых людей, а также стыдом за наличия диагноза. Кроме того большая открытость диагноза у людей, которые имеют статус ВИЧ-инфицированный давно, чем у тех, кто приобрел его относительно недавно ($p=0,000$). Люди, которые недавно приобрели статус ВИЧ-инфицированные, еще не готовы сами принять его, испытывают шок, отрицают реальность. Люди, которые давно уже живут с данным диагнозом, приняли его, открывая диагноз окружающим, они рассчитывают получить помощь и поддержку, прежде всего.

С помощью однофакторного дисперсионного анализа мы доказали воздействие степени открытости диагноза на уровень депрессивности и выраженность отдельных ее показателей по методике Бека.

Выявлено, что степень открытости диагноза предсказывает ($F=5,082$, $p=0,008$) переживание печали (рис.15).

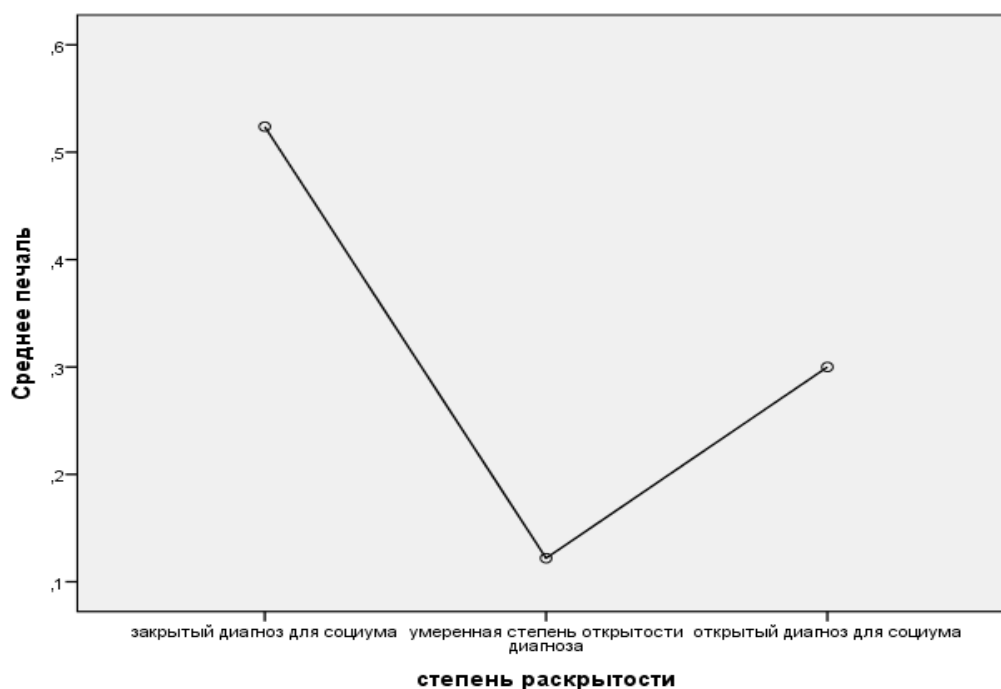


Рисунок 15. Предиктор степени открытости диагноза для социума на выраженность печали

Наименьший уровень переживания печали у людей с умеренной степенью открытости диагноза для социума. Самый высокий уровень печали у тех, чей диагноз совершенно закрыт для социума. Несколько выше уровень печали у тех, чей диагноз совершенно открыт для социума. На наш взгляд, это связано, прежде всего, с тем, что люди с совершенно закрытым диагнозом не могут получить поддержку окружающих, и стараются всеми силами наоборот его скрыть, оставаясь тем самым один на один со своей болезнью. Люди с умеренной степенью открытости диагноза социуму практически отмечают у себя печаль как признак депрессивности, так как могут поделиться своими переживаниями, получают поддержку от значимых людей и чувствуют себя принятыми в своих микрогруппах несмотря на диагноз ВИЧ. У тех, чей диагноз совершенно открыт социуму, уровень печали несколько выше. Повышение печали при увеличении степени

открытости диагноза социуму связано с наличием стереотипов и стигматизации в обществе относительно ВИЧ-инфицированных людей, что создает вторичный стресс и способствует повышению депрессии.

Выявлено также сопряжение степени открытости диагноза социуму ($F=4,242$, $p=0,017$) на самоотрицание как показатель депрессивности (рис. 16).

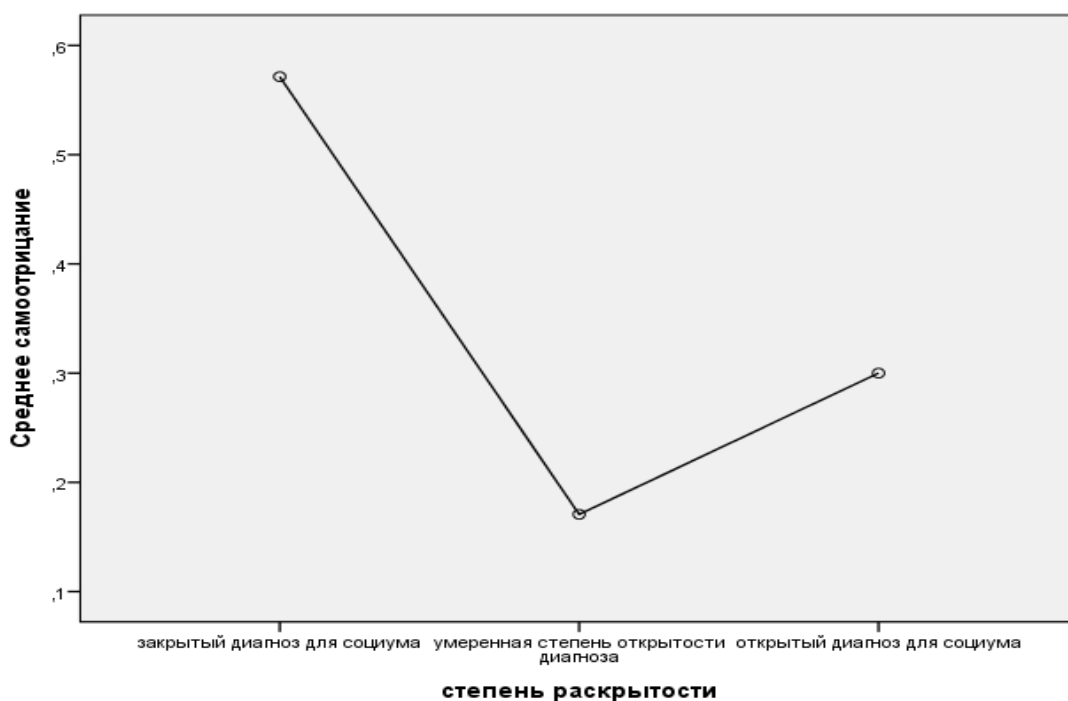


Рисунок 16. Предиктор степени открытости диагноза для социума на выраженность самоотрицания

В данном случае мы наблюдаем ту же закономерность, что и в отношении печали. Самый высокий уровень самоотрицания у ВИЧ-инфицированных с закрытым диагнозом для социума. Самый низкий уровень самоотрицания у тех, кто в умеренной степени открывает диагноз социуму (в данном случае идет речь о значимых людях и близком окружении). У тех, чей диагноз совершенно открыт социуму уровень самоотрицания несколько повышается. При умеренной степени открытости диагноза социуму, человек

получает поддержку, что снижает стресс и уровень депрессии, а в частности самоотрицания. При закрытом диагнозе социуму или совершенно открытом уровень самоотрицания как показатель депрессии увеличивается. В первом случае как следствие стресса от наличия диагноза и самоизоляции от окружающих, во втором как результат отторжения от общества.

Также степень открытости диагноза социуму воздействует ($F=3,286$, $p=0,021$) на уровень самообвинения в сложившейся ситуации ВИЧ-инфицирования (рис.17).

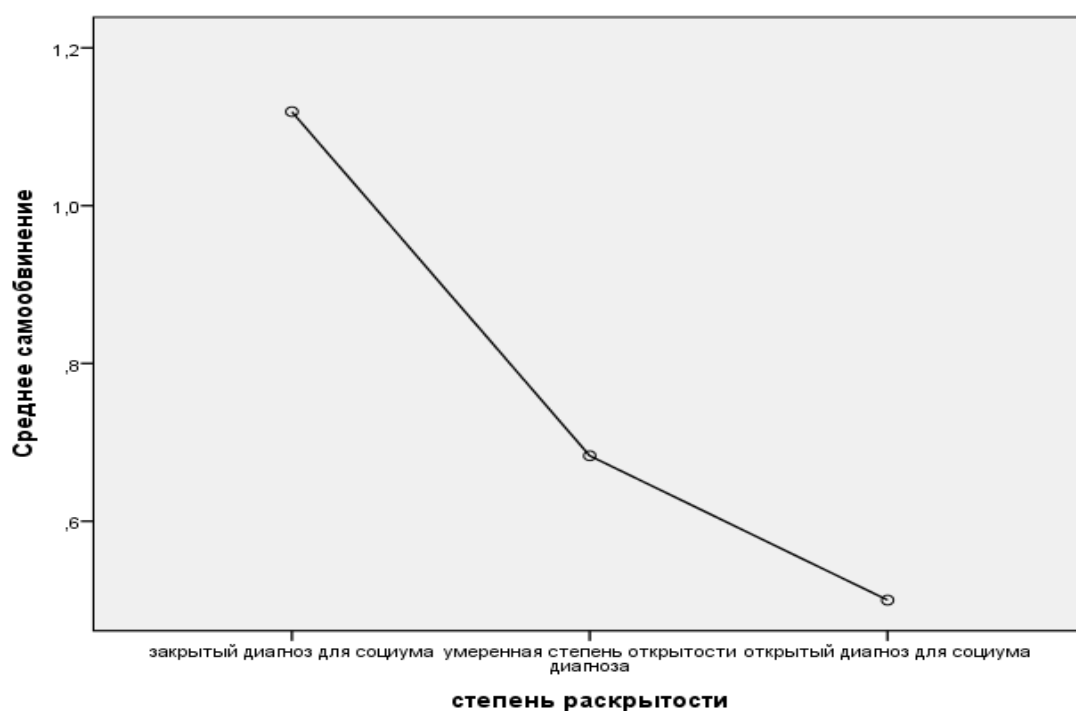


Рисунок 17. Предиктор степени открытости диагноза для социума на выраженность самообвинения

Чем больше степень открытости диагноза социуму, тем ниже уровень самообвинения у ВИЧ-инфицированного. Самый высокий уровень самообвинения у людей с закрытым для общества диагнозом и самый низкий у тех, кто имеет высокую степень открытости диагноза. Следовательно, при совершенно открытом диагнозе для социума ВИЧ-инфицированный

перекладывает частично ответственность с себя на окружающих за сложившуюся ситуацию, снимая ее с себя. При закрытом диагнозе ВИЧ-инфицированный принимает на себя ответственность полностью и фиксируется на ней, что усиливает самообвинение, затрудняет принятие и адаптацию.

Проявление плаксивости у ВИЧ-инфицированных также обусловлено степенью открытости диагноза социуму ($F=3,375$, $p=0,024$) (рис.18).

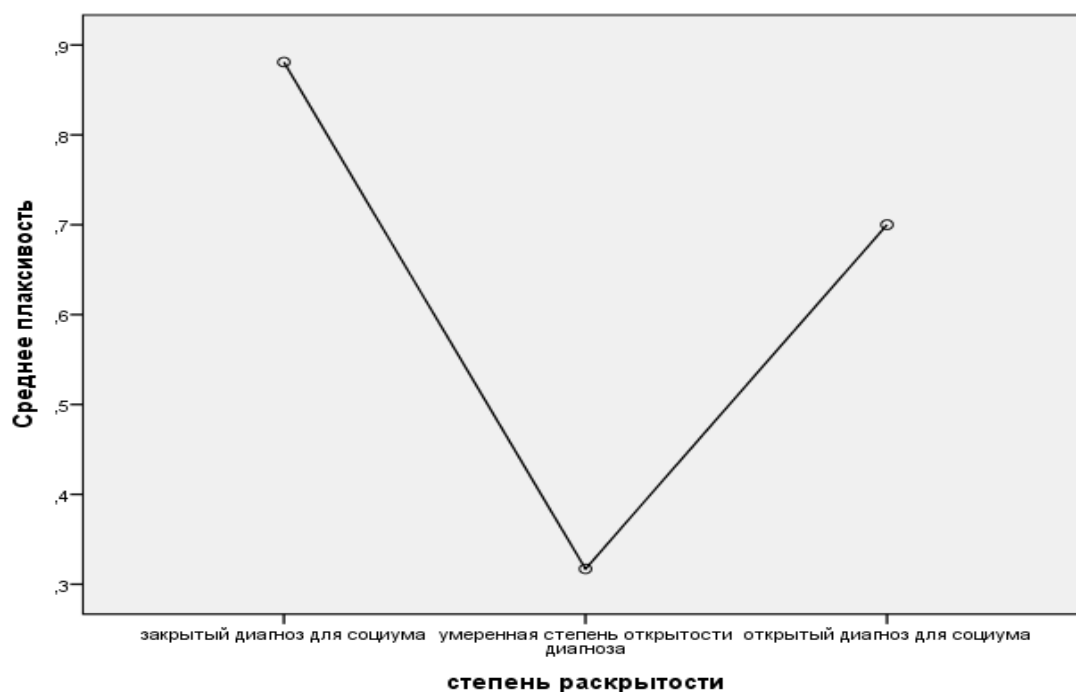


Рисунок 18. Предиктор степени открытости диагноза для социума на выраженность плаксивости

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 свидетельством наличия депрессии.

Еще один из признаков депрессии «потеря сексуального влечения» обусловлен уровнем открытости диагнозу социуму ($F=3,445$, $p=0,036$) (рис.19).

Мы видим, что потеря сексуального влечения как признак депрессии характерно для тех, у кого закрыт диагноз для социума, так и тех, у кого он полностью открыт. На наш взгляд, это связано со страхом быть отвергнутым сексуальными партнерами в обоих случаях, самоизоляцией и стигматизацией. Также это косвенно свидетельствует о воздействии закрытости диагноза ВИЧ-инфицированности для окружающих на уровень стресса, подавленность и утрату интереса к жизни.

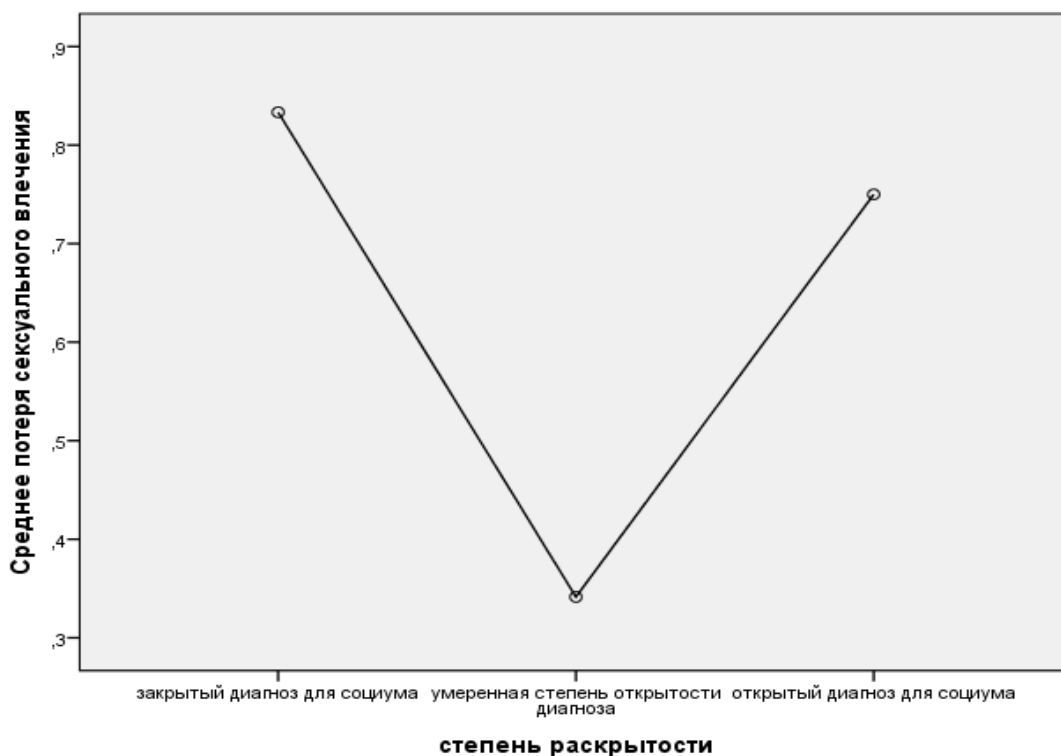


Рисунок 19. Предиктор степени открытости диагноза для социума на выраженность сексуального влечения

Совершенно аналогичные закономерности выявлены в отношении сопряжённости степени открытости диагноза на когнитивно-аффективные

признаки депрессии ($F=4,763$ $p=0,011$) и на уровень депрессии в целом ($F=3,485$, $p=0,034$) (рис. 20,21).

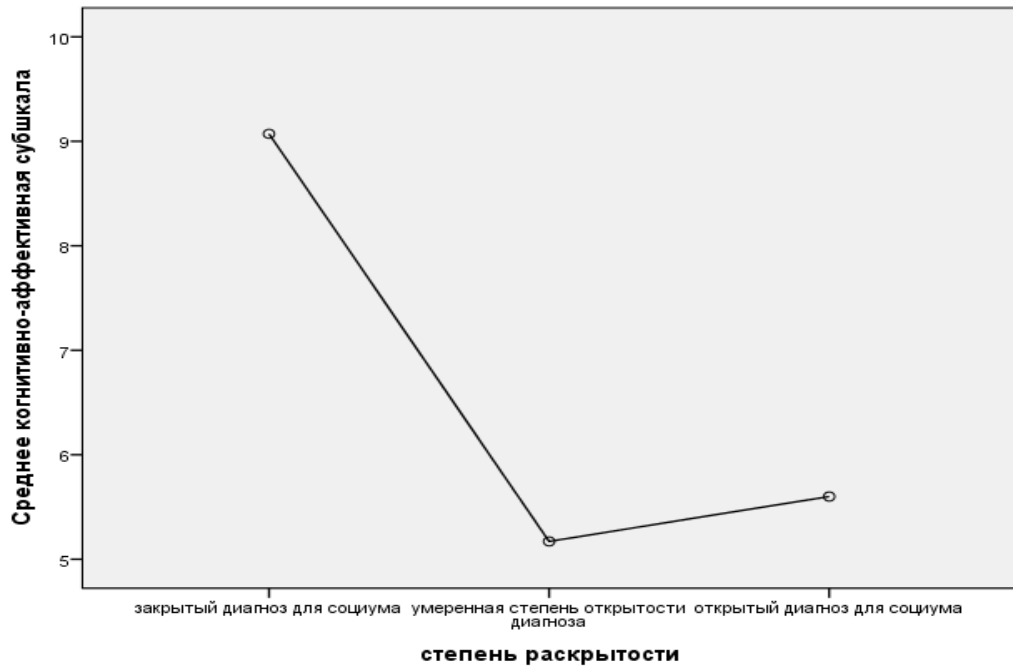


Рисунок. 20. Предиктор степени открытости диагноза социуму на интенсивность когнитивно-аффективных признаков депрессии

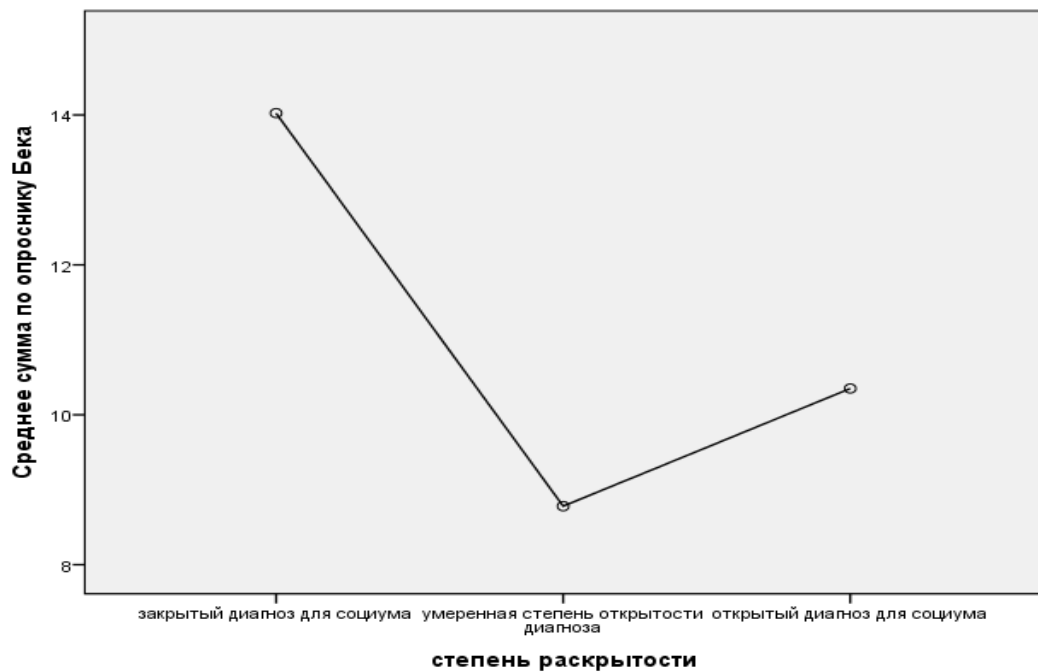


Рисунок 21. Предиктор степени открытости диагноза социуму на уровень депрессии

Анализ результатов, представленных на рис (18) позволяет утверждать, что когнитивно-аффективные признаки депрессии и уровень депрессии в целом выше у ВИЧ-инфицированных, чем диагноз совершенно закрыт для окружающих. Их стремление скрыть диагноз сопровождается самоизоляцией, которая усиливает стресс в целом и затрудняет конструктивное совладание с ним. Как мы отмечали выше, одной из конструктивных стратегий совладания является обращение за помощью к окружающим.

Парадоксальным, на наш взгляд, является следующий установленный факт: несмотря на выраженное воздействие степени открытости диагноза социуму и наличие значимых людей на уровень депрессии, как показатель стресса, нами не обнаружено аналогичный прогноз в отношении способов совладания, кроме стратегии «самообвинение» ($F=3,707$, $p=0,028$) (рис.22).

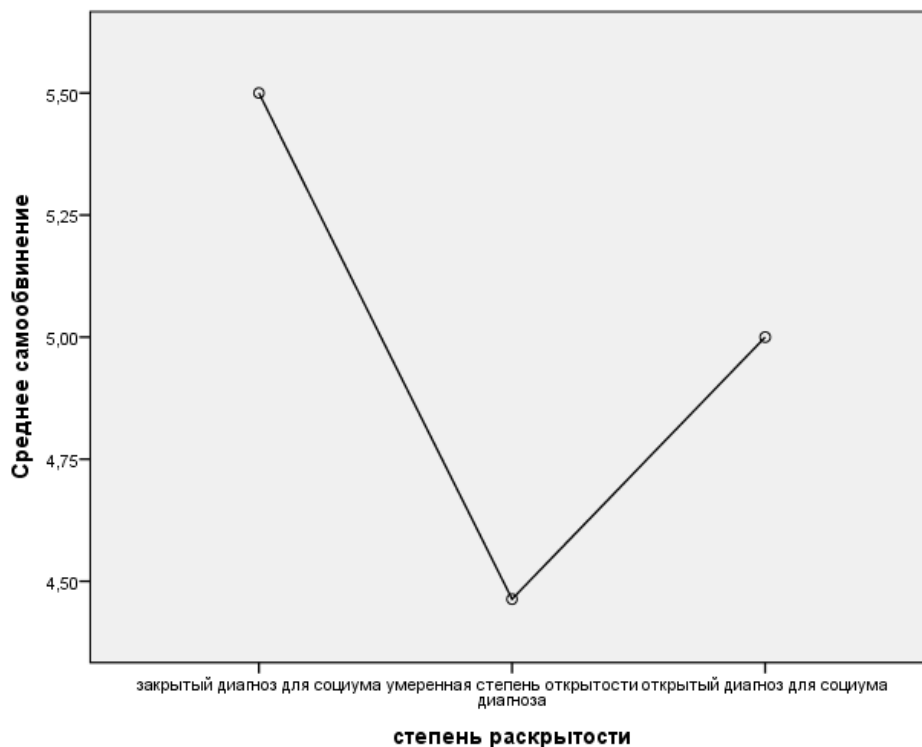


Рисунок 22. Предиктор степени открытости диагноза социуму на копинг-стратегию «самообвинение»

Выявленное воздействие не является линейным, то есть наиболее свойственна стратегия самообвинения людям с полностью закрытым диагнозом ВИЧ-инфицирования для социума, также она свойственна в чуть меньшей степени тем, чей диагноз полностью открыт для социума и в меньшей степени характерна для тех, чей диагноз открыт в умеренной степени. То есть наличие значимого близкого человека позволяет не прибегать к такой деструктивной стратегии, как обвинение себя. И наоборот отсутствие значимого человека и поддержки с его стороны приводит к деструктивному совладанию в виде самообвинения, которое только усиливает в данном случае изоляцию и уровень стресса у респондентов.

Таким образом, мы можем говорить о значимом и достаточно обширном воздействии наличия значимого другого и степени открытости диагноза социуму на уровень стресса у ВИЧ-инфицированных, но нельзя утверждать это 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

1. ВИЧ – инфицированность является специфической стрессогенной ситуацией, которая отражается на психологическом и социальном благополучии человека. Длительность переживания стрессогенной ситуации ВИЧ-инфицированным подтверждается наличием физиологических, эмоциональных признаков стресса, отсутствием близких отношений и привязанностей, самоизоляцией 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).

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

4. Эмпирически установлено, что различия в совладании со стрессами (болезнь, повседневная жизнь с ВИЧ) связаны с половой принадлежностью и путем инфицирования. Для ВИЧ-инфицированных женщин 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*

поиску информации. Отсутствие у них информации о ВИЧ, стремление убежать вместо приспособления и противоречивость копинг стратегии обеих групп приводят к дезадаптации и несовладанию со стрессом.

6. Совладание со стрессом болезни у ВИЧ-инфицированных обусловлено самооценкой, возрастом; эмоциональным и социальным одиночеством, когнитивно-аффективными переживаниями и уровнем депрессивности. 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 ВИЧ-инфицированных 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, а включает в свою структуру несколько периодов продуктивного и непродуктивного совладания. На первом этапе (постановка диагноза ВИЧ) острого стресса идёт активный поиск ресурсов для снижения воздействия стрессора. Далее предпринимается попытка повлиять на сложившуюся ситуацию, управлять своими социальными отношениями, тем самым снизить уровень стресса. В период чувства бессилия, а также осознания снижения качества жизни, неспособность 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 зависит

от личностных качеств заразившегося человека, способом инфицирования от интенсивности воздействия стресса, наличия АРВТ и от качества его межличностных отношений.

8. Степень открытости диагноза социуму нелинейно сопряжено с уровнем депрессии и ее отдельными признаками. Ниже всего депрессия и ее отдельные 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.

Все выдвинутые нами гипотезы подтвердились в рамках теоретико-эмпирического исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное диссертационное исследование представляет собой цикл из нескольких исследований, последовательно обрисовывающих новое направление в психологии совладающего поведения – совладание со стрессом болезни. Полученные результаты позволили достичь цели - исследования - выявить уровень стрессогенности постановки диагноза у ВИЧ – инфицированных людей, а также возможности совладания субъекта со стрессом с учётом факторов, влияющих на его совладание/несовладание со стрессом в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции); а также подтвердить гипотезу о том, что ВИЧ – инфицированные люди совладают со стрессами (болезнь, повседневная жизнь с ВИЧ) по-разному: от умеренного уровня копинга до несовладания, что обусловлено, в том числе, способом заражения ВИЧ-инфекцией. Один из главных выводов работы заключается в том, что

независимо от способа инфицирования люди с ВИЧ отдают предпочтения стратегиям совладания, ориентированным на избегание и поиску информации. Отсутствие информации о ВИЧ у них, стремление убежать вместо приспособления и противоречивость копинг стратегии обеих групп приводят к дезадаптации и несовладанию со стрессом.

В заключение подводятся основные итоги, рассматриваются перспективы дальнейшего исследования проблемы. Проблема совладания субъектов в состоянии болезни, а именно ВИЧ-инфекции требует дальнейшей углубленной разработки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков, В.А., Перре, М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре – Спб.: Речь, 2004. – 166 с.
2. Азбука СПИДа: Пер. с англ. / Под ред. М. Адлера - М.: «Мир», 1991.- 48с.
3. Алешина, Ю.А. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Алешина, Ю.А.- М.: Изд. 2-е.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 24-58 с.
4. Анцупов, А.Я. Шипилов А.И. Конфликтология / Анцупов, А.Я. Шипилов А.И. – М.:ЮНИТИ, 2002 .
5. Анциферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анциферова // Психологический журнал. – 1994, Т. 15, №1, 3-19 с.
6. Бодалев, А.А. Психология общения / Бодалев, А.А. Энциклопедический словарь. – М.: изд. «Когито-центр», 2011. 62-105 с.
7. Беляева, В. В. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции / Беляева, В. В. - М.: Здоровая Россия, 2005. - 394 с.
8. Беляков, Н.А. ВИЧ – медико-социальная помощь / Беляков, Н.А. // Руководство для специалистов – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 256-267 с.
9. Беляков, Н.А. ВИЧ – медико-социальная помощь / Беляков, Н.А. – СПб., 2011.
10. Беляков, Н.А. ВИЧ – осознание вселенской опасности или введение в проблему / Беляков, Н.А. – СПб., 2011
11. Беспалова, О.В. (теперь Шаргородская) Страх беременности и родов и совладание с ним у ВИЧ – инфицированных беременных женщин

/ Беспалова, О.В. //Курсовая работа. Научный руководитель: Крюкова Т.Л.
– Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2009

12. Бовина, И.Б. Представления о СПИДе и ВИЧ-инфицированных в молодежной среде / Бовина, И.Б. // Социологический журнал. М.: 2004г. № 3/4. 69-82 с.

13. Богданова, Л.С. Совладающее со стрессом поведение мужчин с онкоурологическим заболеванием // Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе/ Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010. - 78 с.

14. Бодров, В.А. Когнитивные процессы и психологический стресс / Бодров, В.А. // Психологический журнал. – 1996. №4 –С.57

15. Бодров, В.А. Психологический стресс: Развитие учения и современное состояние проблемы / Бодров, В.А. - М. 1995 г.

16. Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. – М.: ПЭР СЭ, 2006. – 528 с.

17. Бройтигам, В., Кристиан, П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.

18. Быкова, Д.В. Прокрастинация как проявление эмоционально-ориентированного и ориентирование на избегание стилей копинга//Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе/ Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010.-С.194

19. Василюк, Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Василюк, Ф.Е. –М., 1984.

20. Вейс, Р.С. Вопросы изучения одиночества / Лабиринты одиночества. Сост. Покровский Н.Е.– М.: Прогресс, 1989. С.-114-128.
21. Величковская, С.Б., Чеботарёва И.А. Влияние индивидуально-психологических характеристик индивида на выбор стратегий совладающего поведения// Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе / Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010.-с.20
22. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: проблемы, задачи, перспективы / ВИЧ-инфекция у женщин и детей. Актуальные вопросы совершенствования профилактики, диагностики и лечения: Сборник статей и тезисов. - СПб: Изд-во «Человек и его здоровье», 2013. С. 4–5.
23. ВИЧ – реальность. Барнаул: РОО «Сибирская инициатива», ООО ИД «Алтайспресс», 2003. С. – 9
24. Власов, В.В., Моррисон В.В., Тимофеев Д.А. Информированность студентов и старшеклассников о СПИДе / Власов, В.В., Моррисон В.В., Тимофеев Д.А. // Социологические исследования.- 2001. № 2. С. 96-98.
25. Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 255 с.
26. Воронин, Е.Е. и др., Дети, женщины и ВИЧ-инфекция / Воронин, Е.Е. – М.: ЮНИСФ, 2004. С.-64
27. Гернер, К.А. Копинг-ресурсы субъектов с тяжёлыми заболеваниями/ Гернер, К.А. Квалификационная работа - Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013.
28. Гимаева, Р. М., Карпункова В. В. Особенности социально-психологической адаптации у ВИЧ-инфицированных лиц // Научно-

методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 17. – С. 282–287.
[URL: <http://e-koncept.ru/2016/46234.htm>].

29. Горьковая И.А. Стратегии совладания со страхом смерти в зрелом возрасте/Горьковая И.А. // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова: - 2014г., Т. 20. - №4. - С. 91-93

30. Гречаный, С.В. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных подростков с зависимостью от психоактивных веществ / Гречаный, С.В. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. Т. 4, № 3. С. 35–41.

31. Груздев, Б.В. Всё о СПИДе / Груздев, Б.В. // Медицинский журнал для людей, живущих с ВИЧ - М.: 2009. –с.48

32. Гутманн, М., Фуллем, Э. Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД. Арлингтон, Вирджиния: USAID, Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу (AIDSTAR–One), Техническое задание 1, 2009. // URL: [www.aidstar-one.com/.../AIDSTAR–One_Mental_Health_and_HIV_RU](http://www.aidstar-one.com/.../AIDSTAR-One_Mental_Health_and_HIV_RU) (дата обращения: 09.09.2015 г.).

33. Денисов, Б.П., Сакевич, В.И. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД / Денисов, Б.П., Сакевич, В.И. // Социологические исследования. Январь 2004. № 1. С. 75-85.

34. Денисенко, М.Б., Далла Зуанна, Ж.П. Сексуальное поведение российской молодежи / Денисенко, М.Б., Далла Зуанна, Ж.П. // Социологические исследования. – СПб., 2001. № 2. С. 83-87.

35. Дик, П.В. Психологические факторы рискованного поведения подростков / Дик, П.В. // Психологический журнал. 2012. № 1–2. С. 104–110.

36. Жедунова Л.Г., Королева А.А. Роль семейной истории в переживаниях женщиной внутренней трансформации в середине жизни //

Ярославский педагогический вестник. Серия. Гуманитарные науки, 2016, №1.

37. Екимова, О.А., Даниленко О.И. Предпочтение копинг стратегий субъектами с различным уровнем стойкости// Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе/ Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010–с. 28

38. Емельянова, Т.П. Коллективный символический копинг: типы социальных представлений о СПИДе // Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе/ Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010.-с. 138

39. Емельянова, Т.П. Конструирование социальных представлений в условиях трансформации Российского общества/ Емельянова, Т.П. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2006, 400

40. Жизнь с ВИЧ [Электронный ресурс: [www. http://hivlife.ru/](http://hivlife.ru/)
Дата обращения 20. 02. 2015]

41. Жуков, Б. А. Синдром беззащитности / Жуков, Б. А. –М. 2007, №6 –с.30

42. Ланга, А. П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных. Дисс... канд. пс. н. / Ланга, А. П. - Ростов-На-Дону, 2006. 216 с.

43. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Карвасарский Б. Д. - СПб.: Питер, 2000 -544 с.

44. Карелин, А. Большая энциклопедия психологических тестов / Карелин, А. – М.: Эксмо, 2008. - с. 41-135

45. Квале, С. Исследовательское интервью / Квале, С. – М.: 2-е изд. Смысл, 2009.
46. Квасенко, А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного / Квасенко, А.В., Зубарев Ю.Г. - Л., Медицина, 1980. – 184с.
47. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 370 с.
48. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. Научное издание / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Академический Проект, 2009. – 943 с.
49. Кленицкая, Т.Б., Молодёжь против СПИДа / Кленицкая, Т.Б., – М. 2000. – с. 57
50. Ковалева Ю.В. Контроль поведения при различном течении беременности. Автореферат диссертации кандидата психологических наук – Москва: Институт психологии РАН, 2004.
51. Корнеева, Г.К. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы: Дисс... канд. пс. н.: - Рязань, 2004.
52. Красносельских Т.В., Шаболтас А.В. Веревошкин С.В., Козлов А.П. Поведенческие детерминанты риска заражения ИППП/ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков // Вестник СПбГУ. Серия 12: педагогика, психология, социология, 2011, Вып.1, с. 255-267
53. Краткий психологический словарь / Под общей ред. А.В.Петровского и М.Г. Ярошевского / ред.-составитель Л.А.Карпенко. – М.: Политиздат, 1985. – 494 с.
54. Крюкова, Т.Л., Гущина Т.В. О социокультурной контекстуализации в исследованиях стресса и совладания/ Крюкова, Т.Л., Гущина Т.В. // Вестник Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова. - Кострома, 2012. Т. 18, № 3 (25). С. 194–198.

55. Крюкова, Т.Л. Совладающий субъект: исследования стратегий избегания // Психология совладающего поведения / Материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Отв. ред.: Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова. — Кострома: КУ им. Н. А. Некрасова, 2007.. – С. 41-45.
56. Крюкова, Т.Л., Шаргородская, О.В. Социокультурный контекст копинга в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции)/ Крюкова, Т.Л., Шаргородская, О.В. // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. - 2012. №4. Т. 18, С. 135-14
57. Крюкова, Т.Л. Шаргородская, О.В. Одиночество как барьер в совладании с болезнью (ВИЧ-инфекции)/ Крюкова, Т.Л. Шаргородская, О.В. //Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова: - 2014г., Т. 20. - №3. - С. 152-156
58. Крюкова, Т.Л., Шаргородская, О.В. Одиночество ВИЧ-инфицированных людей как фактор, препятствующий совладанию с болезнью/ Крюкова, Т.Л. Шаргородская, О.В. // Ярославский педагогический Вестник. – 2015. №3
59. Крюкова, Т.Л. Когнитивная психология совладания с одиночеством / Крюкова, Т.Л. // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова: – 2013 Т. 19, №2. С. 93-97.
60. Крюкова, Т.Л., Екимчик, О.А. Результаты первого варианта русскоязычной адаптации Шкалы Одиночества (LS) Дж. де ЙонгГервельд и Т. / Крюкова, Т.Л., Екимчик, О.А. // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова: - 2013 Т. 19, №4. С. 63-69.
61. Крюкова, Т.Л. Психология совладающего поведения: Монография / Т.Л. Крюкова. – Кострома: «Авантитул», 2004. – 344 с.

62. Крюкова, Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: Монография / Т. Л. Крюкова. – Кострома: Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – 296 с.
63. Крюкова, Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: Три копинг – шкалы/ Крюкова, Т.Л. -Кострома.,2007
64. Крюкова, Т.Л. Человек как субъект совладающего поведения / Т. Л. Крюкова // материалы междунар. науч.- практ. конференции «Психология совладающего поведения» / отв. ред. Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова – Кострома, 2007. – С. 41 – 44.
65. Крюкова, Т.Л., Екимчик О.А. Результаты начального варианта адаптации русскоязычной «Шкалы одиночества» (LS) Дж. Гервельд и Т. фон Тилбурга, 1999/ Крюкова, Т.Л., Екимчик О.А. Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. - 2013, 19 (4), 63-74.
66. Козырев, Г.И. Конфликтология. Социальные конфликты в общественной жизни/ Козырев, Г.И. //Социально-гуманитарные знания. – М.: 2006, №1
67. Куне, Е.Х., ВИЧ – инфекция и СПИД/ Куне, Е.Х., – М.: Знание, 2001. – 67,72,176
68. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования/ Лазарус, Р. – М.//Эмоциональный стресс., 1970.-494с.
69. Лебедева, Л. Д., Никонорова Ю. В., Тараканова Н. А. - Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии/ Лебедева, Л. Д., Никонорова Ю. В., Тараканова Н. А – СПб, 2006.- С.339.
70. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней/ Лурия, Р.А.– М.: – 4-е изд. Медицина, 1977. – С. 37-52.

71. Люди, живущие с ВИЧ [Электронный ресурс <http://www.mirpozitiva.ru> /Дата посещения 21. 02. 2016]
72. Международное сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИД, ICW – 2000. – с. 16-22
73. Мещеряков, Б.Г., Зинченко В.П. Современный психологический словарь/ Мещеряков, Б.Г., Зинченко В.П. – СПб, 2007. – с. 400
74. Нартова-Бочавер, С.К. "Coping behavior" в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т.18. - №5. – С.20 – 30.
75. Ниаури Д.А. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных женщин / Ниаури Д.А. // Вестник СПбГУ. 2006. - Выпуск №1. - С. 38-46.
76. Никитина, Е.Ю. Эмоции как критерии оценки трудной жизненной ситуации// Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе// Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010.-с.230
77. Осин, Е.Н., Леонтьев Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства/ Осин, Е.Н., Леонтьев Д.А. // Психология. Журнал высшей школы экономики, 2013. Т. 10, №1. С. 55-81.
78. Осухова, Н.Г. Учебное пособие: «Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях»/ Осухова, Н.Г. -М., Академия, 2005
79. Петрова, Е.А. К вопросу о понятии ресурсов совладания и критериях их эффективности// Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе/ Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010.-с. 46.

80. Покровский, В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ – инфекции и СПИД/ Покровский, В.В. - М., Медицина, 2003
81. Прохоров, А.О. Методы психической саморегуляции/ Прохоров, А.О. - Казань 1990
82. Подобина, О.Б. Совладающее поведение женщины на этапе принятия роли матери. Автореферат дисс.... канд. пс. н.: СПб. РПГУ им. А.И. Герцена 2005.
83. Покровский, В.В. ВИЧ – инфекция и СПИД/ Покровский, В.В. // Национальное руководство. – М.: Медиа, 2013. С. 62-69
84. Покровский, В.В. Социально значимые инфекции в 21 веке/ Покровский, В.В. //Народонаселение.- М., 2004.-№3.-С.93-96
85. Покровский, В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение // Под общ. ред. В.В. Покровского.- 2-е изд., испр. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003. С. 488
86. Полезная прививка: учебное пособие по профилактике СПИДа. – М.: ИНФО-Плюс, 2004. С. 32
87. Рахманова, А.Г. Вирус иммунодефицита человека – медицина/ Рахманова, А.Г. – СПб., 2011
88. Рахманова, А.Г. ВИЧ/СПИД сегодня и рядом/ Рахманова, А.Г. - СПб., 2012. –с. 90
89. Рахманова, А.Г., Е. Е. Воронов, Ю. А. ВИЧ-инфекция у детей/ Рахманова, А.Г., Е. Е. Воронов, Ю. А. - СПб.: Питер, 2003. С.46.
90. Сазонова, И.М. Прощай СПИД/ Сазонова, И.М. - Казань, 2007
91. Сазонова, И.М. Страх перед невидимым/ Сазонова, И.М. - Казань, 2008
92. Савельева, И. Популярно о СПИДе/ Савельева, И. -М.: Изд-во «ИНФО-Плюс», 2002. С. 75-78.

93. Сафаралиев, Г.К. Законодательное обеспечение борьбы со СПИДом/ Сафаралиев, Г.К. //»Право и безопасность», 2006.-№2 С. 18
94. Селье, Г. Стресс без дистресса / Селье, Г. - М., «Прогресс» 2002.- с. 128
95. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008.
96. Тригранян, Р.А. Стресс и его значение для организма (отв. ред. навст. предисл. О.Г. Газенко. – М.: Наука, 2008., С. – 135.
97. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Тарабрина, Н.В. – СПб.: Питер, 2001. С.- 272.
98. Урванцев, Л.П. Психология соматического больного // [Электронный ресурс] www.medpsy.ru/meds/meds169.ph (Дата обращения 15.03. 2015)
99. Улановский, А.М. Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием/ Улановский, А.М. – М.: Смысл, 2012.
100. Фернхем, А., Хейвен, П. Личность и социальное поведение/ Фернхем, А., Хейвен, П. – СПб.: Питер, 2001.
101. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие/ Филиппова, Г.Г. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002
102. Филиппова, Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными/ Филиппова, Г.Г. //Исследовательский Центр Семьи и Детства РАО Научный центр Психологического Здоровья(2002)
103. Фомина, Н.В. Отношение к болезни как ресурс совладающего поведения // Психология стресса и совладающего поведения

в современном Российском обществе/ Материалы II международной научно-практической конференции/Отв. ред.Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская. – Кострома., КГУ им. Н.А. Некрасова , 2010.-с.117

104. Хазова, С.А. Когнитивные ресурсы совладающего поведения: эмпирические исследования/ Хазова, С.А. - Кострома: КГУ им. Некрасова, 2010

105. Шаболтас А.В., Жуков Д.А. Рискованное поведение как реакция на неконтролируемый стресс/ Шаболтас А.В., Жуков Д.А. // Вестник СПбГУ. Серия 12: педагогика, психология, социология, 2011, Вып.1, 227-234

106. Шарапова, О.В. Здоровье ВИЧ – инфицированных людей/ Шарапова, О.В. – М. ИЗС, 2008. – с. 47-58

107. Шаргородская, О.В. Совладающее поведение у ВИЧ-инфицированных людей. Квалификационная работа.– Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2012.

108. 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.: Скифияпринт, 2014.- с. 29-30

109. 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, 2014г. –с. 213-216

110. Шаргородская, О.В. Совладающее поведение у беременных ВИЧ-инфицированных женщин /ОТ ИСТОКОВ К СОВРЕМЕННОСТИ: 130 лет организации психологического общества при

Московском университете: Сборник материалов юбилейной конференции: В 5 томах: Том 4 / Отв. ред. Богоявленская Д. Б. – М.: Когито-Центр, 2015. – С. 58-60.

111. Шаргородская, О.В., Сапоровская М.В., Крюкова Т.Л. Динамика совладания у ВИЧ- инфицированных на разных этапах переживания стресса/ Шаргородская, О.В., Сапоровская М.В., Крюкова Т.Л. // Вестник Костромской государственной университет им. Н. А. Некрасова. Т. 21, №4. 2015. С. 138–143.

112. Шаргородская, О.В. Влияние диспозиционных и социальных факторов на выбор совладающего поведения в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции)/ Шаргородская, О.В. // Психологические исследования. 2016, 9(49), 1.

113. 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

114. 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

115. 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.

116. 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». / отв. ред.: А.Ю. Малёнова.- Омск: ГУ им. Ф.М. Достоевского, 2016.- С.152-155

117. 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 т. Т 1 / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, – Кострома:, 2016. - С. 80-85.

118. Шкуратова, И.П. Влияние оценки личностью трудной жизненной ситуации на выбор способов совладания с ней// Психология совладающего поведения/ материалы Международной научно-практической конференции КГУ им. Н.А. Некрасова.- Кострома/ отв.ред. Т.Л. Крюкова, Е.А. Сергиенко. 2007.-с.126-128

119. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Щербатых, Ю.В. – СПб.: Питер, 2008.

120. Щербатых, Ю.В. Системный подход к преодолению психологических стрессов// Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе/ Материалы I международной научно-практической конференции. – К., 2010. С. 238.

121. Чернов, А.Ю. Качественный подход в психологическом исследовании / Чернов, А.Ю. - Волгоград: изд. ВолГУ, 2008

122. Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Стигматизация, дискриминация и раскрытие диагноза зависимости от наркотиков и алкоголя, позитивного статуса ВИЧ – инфицированных как проблема третичной профилактики. / Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М., МИА. 2008. С. 795 – 801.

123. Ясавеев, И.Г. СМИ и ситуация с ВИЧ/СПИДом в России/ Ясавеев, И.Г.-М //Социологические исследования № 12, 2006, С. 89-94
124. Яшина, Е. Я хочу провести тренинг/ Яшина, Е. – М., 2003.
125. Bassett, D.R., Pucher, J., Buehler, R., Thompson, D.L., Crouter, S.E. Walking, cycling, and obesity rates in Europe, North America, and Australia. // J. Phys Act Health. 2008. 5, 795-814.
126. Bing, EG, Burnam, MA, Longshore, D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 721-728.[Medline]
127. Biswas, U.N. Promoting Health and Well-being in Lives of People Living with HIV and AIDS // Psychology and Developing Societies. 2007.
128. Clay, R.A. The psychology of HIV/AIDS prevention. Biomedical interventions for preventing or treating HIV infection depend on human behavior [Электронный ресурс: <http://www.apa.org/monitor/2012/07-08/approaches.aspx>].
129. Carver, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE // International Journal of Behavioral Medicine, 4, 1997.
130. Cleary, P. The HIV/AIDS Pandemic in Africa: An Eyewitness Account [www.walkinlove.org/Stories].
131. Costa, P.T. Personality and Coping: A Reconceptualization / P.T. Costa, M. Zeidner, N.S. Endler (Eds.) // Handbook of Coping: Theory. Research. Applications. Chapter 3. - N.Y.: John Wiley & Sons. - 1996. - P. 44 - 64.
132. Crawford, N. 'HIV needs psychology' // APA monitor. 2002 [Электронный ресурс: <http://www.apa.org/monitor/nov02/hiv.aspx>]. Дата посещения 3.08.2014.
133. Dentino, A. N., Pieper, C. F., Rao, K. M. K., Currie, M. S., Harris, T., Blazer, D. G. & Cohen, H. J. (1999) J. Am. Geriatr. Soc. 47, 6–11.

134. Dilley, JW, Ochitill, HN, Perl, M, Volberding, P. Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 82-86
135. Dilley, JW, Woods, WJ, McFarland, W. Are advances in treatment changing views about high-risk sex? [letter] *N Engl J Med* 1997;337: 501-502.[Full Text]
136. Digitale Informationsbroschüre (V. 1.0 – Stand: 07.05.2010) – publiziert von der unabhängigen Informationsplattform für HIV Aufklärung und Prävention: [Электронный ресурс: <http://www.hiv-symptome.de>] (Дата обращения 05.06. 2013)
137. Evans, D. L., Leserman, J., Perkins, D. O., Stern, R. A., Murphy, C., Tamul, K., et al. (1995). Stress-associated reductions of cytotoxic T lymphocytes and natural killer cells in asymptomatic HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 152, 543–550
138. Elliott, AJ, Uldall, KK, Bergam, K, Russo, J, Claypoole, K, Roy-Byrne PP. Randomized, placebo-controlled trial of paroxetine versus imipramine in depressed HIV-positive outpatients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 367-372.[Abstract/Full Text]
139. Folkman, S., Lazarus, R.S. *Ways of Coping Questionnaire. Sampler set: Manual, Test Booklet, Scoring Key* / S. Folkman, R.S. Lazarus. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc., 1988.
140. Glaser, R, Sheridan, J, Malarkey, WB, MacCallum, RC, Kiecolt-Glaser, JK (2000) Chronic stress modulates the immune response to a pneumococcal pneumonia vaccine. *Psychosom Med* 62: 804–807.
141. Goodwin, R., Kozlova, A., Kwitkowska, A., Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastem Europe // *Social Science and Medecine*/ 2003. Vol. 56. P. 1373-1384.

142. Haihambo, C.K. An Assessment of Services Provided to Children Infected and Affected by HIV/AIDS in Windhoek, Namibia, 2004.
143. Howland, L. C., Gotrmaker, S. L., Mofenson, L. M., Spin, C., Gardner, J. D., Gorski, H., et al. (2000). Effects of negative life events on immune suppression in children and youth infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatrics*, 106, 540–546
144. Kelly, JA, Hoffman RG, Rompa D, Gray M. Protease inhibitor combination therapies and perceptions of gay men regarding AIDS severity and the need to maintain safer sex. *AIDS* 1998; 12: F91-F95.[Medline]
145. Lazarus, R.S. Coping theory and research: Past, present, and future / R.S. Lazarus // *Psychosomatic Medicine*. – 1993. – Vol. 55. – P. 234 – 247.
146. Lazarus, R.S., Folkman, S. *Stress, Appraisal and Coping*. / R.S. Lazarus. - N.Y: Springer Publishing House, 1984.
147. Lipsitz, J, Williams, JB, Rabkin, JG, et al. Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1662-1688.
148. Markowitz, JC, Rabkin, JG, Perry, SW. Treating depression in HIV-positive patients. *AIDS* 1994; 8: 403-412.
149. Nichols, S. Psychosocial reactions of persons with acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 103: 765-767.[Medline]
150. Perkins, DO, Stern, RA, Golden, RN, Murphy, C, Naftolowitz, D, Evans, DL. Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in nonepicenter of the AIDS epidemic. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 233-236.
151. Perry, S, Jacobsberg, L, Card, CA, Ashman, T, Frances, A, Fishman, B. Severity of psychiatric symptoms after HIV testing. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 775-779.
152. Rabkin, JG, Remien, RH, Wilson, C. *Good Doctors, Good Patients: Partners in HIV Treatment*. New York, NY: NCM Publishers; 1994.

153. Rabkin, JG, Wagner, GJ, Rabkin, R. Fluoxetine treatment for depression in patients with HIV and AIDS: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 101-107.[Abstract/Full Text]
154. Remien, R.H., Rabkin, J.G. Psychological aspects of living with HIV disease. *West J Med.* 2001;175(5):332-335.
155. Remien, RH, Wagner, G, Carballo-Diequez, A, Dolezal, C. Who may be engaging in high-risk sex due to medical treatment advances? *AIDS* 1998;12: 1560-1561.[Medline]
156. Remien, R.H. and Rabkin, J.G. Psychological Aspects of Living with HIV Disease [http://www.natap.org/2001/dec/122101_1.htm].
157. Rodkjaer L., et. al. HIV-infected individuals with high coping self-efficacy are less likely to report depressive symptoms: a cross-sectional study from Denmark // *International J. of Infectious diseases.* May 2014. V. 22. P. 67-72.
158. Rosenberger, PH, Bornstein, RA, Nasrallah, HA, et al. Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: lifetime and current assessment // *Compr Psychiatry* 1993; 34: 150-158.[Medline]
159. Schacker, T. Primary HIV infection. Early diagnosis and treatment are critical to outcome // *Postgrad Med.* 1997; 102 (4):143-146, 149-151.
160. Stephenson, J. 20 years after AIDS emerges, HIV's complexities still loom large [news]. *JAMA* 2001; 285: 1279-1281.[Medline]
161. Williams, JBW, Rabkin, JG, Remien, RH, Gorman, JM, Ehrhardt, A. Multidisciplinary baseline assessment of homosexual men with and without human immunodeficiency virus infection. II. Standardized clinical assessment of current and lifetime psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48: 124-130.[Medline]

162. Yu K., Daar, E.S. Primary HIV infection. Current trends in transmission, testing, and treatment. *Postgrad Med.* 2000;107(4):114-122.

163. Zisook, S, Peterkin, J, Goggin, KJ, Sledge, P, Atkinson, JH, Grant, I. Treatment of major depression in HIV-seropositive men. HIV Neurobehavioral Research Center Group. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 217-224.[Medline]

164. Psychological support for people living with HIV: Report. July 2014. [Электронный ресурс] <http://www.nat.org.uk/media/Files/Publications/July-2010-Psychological-support-for-PLHIV>. (Дата посещения 4.08.2014.)

165. History of HIV and AIDS overview [Электронный ресурс] <http://www.avert.org/history-hiv-aids-usa.htm#footnote24> (Дата посещения 4.06.2016.)

Приложения

Приложения №1

1. Феноменологическое интервью было построено на вопросах, которые задавались в начале. Вопросы могли исключаться, в связи с периодом диспансеризации. Среднее время проведения 2 часа:

- «Вспомните, пожалуйста, как Вы узнали о своем ВИЧ-статусе?»
- «Что Вы почувствовали, когда Вам сообщили о постановке диагноза, ВИЧ?»
- «Какие проявления были в данный период (постановка диагноза), мысли, вопросы?»
- «Кто-то Вас поддержал? Кому Вы сказали о диагнозе?»

2. Проективный рисунок «Я и моя болезнь»

Испытуемому предлагается лист бумаги, формата А4 и набор цветных карандашей, простой карандаш. В руки давался чистый лист бумаги, для того, чтобы испытуемый самостоятельно выбрал расположение рисунка на листе. Затем предлагалось нарисовать рисунок на тему «Я и моя болезнь». Тем испытуемым, у которых возникало желание узнать о своих результатах, предлагалась отдельная встреча для обсуждения результатов.

В конце процедуры тестирования экспериментатор благодарил за оказанную помощь, гарантировал анонимность и использование результатов только в научных целях.

Время на выполнение задания было не ограничено.

3. Методика построения социальной сети (разновидность социометрии и социального атома Дж. Морено) авторов Д. Фонтаны и Г. Перри (1995).

Предлагаемая методика позволяет выяснить значение поддержки близких людей в трудные периоды жизни. Исследователь просит

беременных женщин подумать, о тех людях, на чью помощь они могут рассчитывать. Эти люди составляют социальную сеть – естественную систему поддержки. Сеть – это знакомые люди, с которыми субъект регулярно видится и общается.

Требуется составить список членов социальной сети, с которыми они видятся регулярно:

- членов семьи, с которыми они видятся регулярно;
- друзей, с которыми часто встречаются или общаются с помощью писем и телефона;
- соседей, если они постоянно обмениваются с ними визитами;
- коллег, если они часто контактируют с ними и чувствуют, что между ними существуют близкие отношения;
- включить любого человека, который эмоционально важен для них, хотя в данный момент нет общения;
- исключить случайные знакомства, чисто профессиональные контакты, а также людей, с которыми знакомы через кого-то другого.

Закончив список, нужно начать с человека, чье имя расположено в первой строке, и, двигаясь вдоль строки слева направо: номера в ряду соответствуют людям из списка. При переходе к новой колонке нужно задуматься, существуют ли какие либо отношения между этими людьми? Если «да» - следует отметить клеточку галочкой. Если связь слабая или вообще нет уверенности в ее наличии - следует отметить клетку знаком вопроса. Повторить то же для людей под номерами 2, 3 и т.д., пока таблица не будет закончена. Испытуемому предлагается, отметить, к какой категории принадлежит человек:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1 - члены семьи; | 3 - друзья и соседи; |
| 2 - другие родственники; | 4 - коллеги. |

Э = эмоциональная помощь;

Т = товарищеская помощь;

П = практическая помощь;

И = информация и совет

4. Хайма

Значительный вклад в изучение копинг-поведения у соматических больных внес Е. Heim (1988). В клинических исследованиях учитывались три основных параметра: 1) стрессоры, с которыми надлежит справиться, большей частью как независимые переменные; 2) опосредующий процесс преодоления или приспособления как промежуточные переменные; 3) результативные выводы или достигнутая степень адаптации большей частью как лично или ситуативно-связанные переменные. Фактически эти три параметра взаимозависимы и должны пониматься в аспекте циркулярного процесса. Е. Heim, изучая копинг-процессы у онкологических больных, определяет копинг следующим образом: “Преодоление болезни можно обозначить, как стремление уменьшить уже существующее или ожидаемое влияние со стороны болезни интрапсихически (эмоционально-когнитивно) или выровнять это состояние путем целенаправленных действий, или переработать его”. Хайм выделил 26 форм копинг-поведения, преимущественно выделял когнитивный, эмоциональный и поведенческий типы. Также он разделил копинги на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные. Эти три группы определяют степень адаптации к стрессу и травмирующим обстоятельствам, от чего в прямую зависит эффективность преодоления сложной ситуации (адаптивные копинг – стратегии приводят к успешному ее преодолению, неадаптивные – к неуспешному). Эти три группы выглядят следующим образом:

Варианты копинг-поведения по методике Э. Хайма

А. Когнитивные копинг-стратегии

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Игнорирование | 7. Религиозность |
| 2. Смирение | 8. Растерянность |
| 3. Диссимуляция | 9. Придача смысла |
| 4. Сохранение самообладания | 10. Установка собственной |
| 5. Проблемный анализ | ценности |
| 6. Относительность | |

Б. Эмоциональные копинг-стратегии

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. Протест | 5. Пассивная кооперация |
| 2. Эмоциональная разрядка | 6. Покорность |
| 3. Подавление эмоций | 7. Самообвинение |
| 4. Оптимизм | 8. Агрессивность |

В – Поведенческие копинг-стратегии

1. Отвлечение
2. Альтруизм
3. Активное избегание
4. Компенсация
5. Конструктивная активность
6. Отступление
7. Сотрудничество
8. Обращение

Инструкция испытуемому к методике Э.Хайма

«Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего поведения. Постарайтесь вспомнить, каким образом Вы чаще всего разрешаете трудные стрессовые ситуации и ситуации высокого эмоционального напряжения. Обведите кружком, пожалуйста, тот номер, который Вам подходит. В каждом разделе утверждений необходимо выбрать только один вариант, при помощи которого Вы разрешаете свои трудности.

Отвечайте, пожалуйста, в соответствии с тем, как Вы справляетесь с трудными ситуациями на протяжении последнего времени. Не раздумывайте долго - важна Ваша первая реакция. Будьте внимательны!»

Вопросы:

А

1. «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудности»
2. «Говорю себе - это судьба, нужно с этим смириться»
3. «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»
4. «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»
5. «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»
6. «Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей мои - это пустяк»
7. «Если что-то случилось, то так угодно Богу»
8. «Я не знаю, что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»
9. «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»
10. «В данное время я полностью не могу справиться с этими

трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными».

Б

1. «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»

2. «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»

3. «Я подавляю эмоции в себе»

4. «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации»

5. «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»

6. «Я впадаю в состояние безнадежности»

7. «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам»

8. «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным»

В

«Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»

«Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях»

«Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях»

«Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных э, вкусной еды и т.п.)»

«Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т.п.)»

«Я изолируюсь, стараясь остаться наедине с собой»

«Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»

«Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом»

Эта методика максимально надежна, для определения копинг - поведения в стрессовых ситуациях.

5. Методика депрессивности Бека

ИНСТРУКЦИЯ. Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер утверждения, которое вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают ваше состояние, обведите каждое из них. Прежде чем сделать свой выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1 . 0- Я не чувствую себя несчастным.

1 - Я чувствую себя несчастным.

2 - Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.

3 - Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.

2. 0 - Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.

1- Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.

2-Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.

3-Я чувствую, что будущее безнадежно и ничто не изменится к лучшему.

3. 0 - Я не чувствую себя неудачником.

1- Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.

2 - Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череда неудач.

3 - Я чувствую себя полным неудачником.

4. 0 - Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.

1 - Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как раньше.

- 2 - Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.
- 3 - Я всем не удовлетворен, и мне все надоело.
5. 0 - Я не чувствую себя особенно виноватым.
- 1 - Довольно часто я чувствую себя виноватым.
- 2- Почти всегда я чувствую себя виноватым.
- 3- Я чувствую себя виноватым все время.
6. 0 - Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.
- 1 - Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.
- 2 - Я ожидаю, что меня накажут.
- 3 - Я чувствую, что меня наказывают за что-то.
7. 0 - Я не испытываю разочарования в себе.
- 1 - Я разочарован в себе.
- 2 - Я внушаю себе отвращение.
- 3 - Я ненавижу себя.
8. 0 - У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.
- 1 - Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.
- 2 - Я все время виню себя за свои ошибки.
- 3 - Я виню себя за все плохое, что происходит.
9. 0 - У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.
- 1 - У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю
- 2 - Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.
- 3 - Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10. 0- Я плачу не больше, чем обычно:
- 1 - Сейчас я плачу больше обычного.
- 2 - Я теперь все время плачу.
- 3 - Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11. 0 - Сейчас я не более раздражен, чем обычно.

1 - Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам;

2 - Сейчас я все время раздражен.

3 - Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.

12. 0 - Я не потерял интереса к другим людям.

1 - У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.

2 - Я почти утратил интерес к другим людям.

3 - Я потерял всякий интерес к другим людям.

13. 0 - Я способен принимать решения так же, как всегда.

1 - Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.

2 - Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.

3 - Я больше не могу принимать каких-либо решений.

14. 0 - Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.

1 - Я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим или непривлекательным.

2 - Я чувствую, что изменения, происшедшие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.

3 - Я уверен, что выгляжу безобразным.

15. 0 - Я могу работать так же, как раньше.

1 - Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.

2 - Я с большим трудом заставляю себя что-либо делать

3 - Я вообще не могу работать.

16. 0 - Я могу спать так же хорошо, как и обычно.

1 - Я сплю не так хорошо, как всегда.

2 - Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова.

3 - Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.

17. 0 -Я устаю не больше обычного.

1 - Я устаю легче обычного.

2 - Я устаю почти от всего того, что я делаю.

3 - Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.

18. 0 - Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 - У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.

2 - Сейчас мой аппетит стал намного хуже.

3 - Я вообще потерял аппетит.

19. 0 - Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.

1 - Я потерял в весе более 2 кг.

2 - Я потерял в весе более 4 кг.

3 - Я потерял в весе более 6 кг

Я специально пытался не есть, чтобы потерять в весе (обведите кружком): Да Нет

20. 0 - Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 - Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.

2 - Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.

3 - Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем другом не могу думать.

21. 0 - Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.

1 - Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.

2 - Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.

3 - Я совершенно утратил интерес к сексу.

Были предложены две субшкалы для оценки соответствующих симптомов. Первые 13 пунктов составляют когнитивно – аффективную

субшкалу, которая предназначена для оценки выраженности депрессии у человека, вегетативные и соматические симптомы которых могут послужить причиной для завышенной оценки депрессии. Последние 8 пунктов составляют субшкалу служащую для оценки соматических проявлений депрессии.

6. Опросник способов совладания (R. Lazarus, S. Folkman).

Данный опросник рассчитан на взрослого человека старше 18 лет. Испытуемому предлагается вспомнить трудную (стрессовую) ситуацию, которая произошла с ним за последний месяц и описать как он с ней справляется, используя утверждения опросника (всего 50).

Опросник имеет 8 субшкал по направленности поведения в трудной стрессовой ситуации:

1. Конфронтативный копинг: агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определённую степень враждебности и готовности к риску.
2. Дистанцирование: когнитивные усилия отделиться от ситуации, уменьшить её значимость.
3. Самоконтроль: усилия по регулированию собственных чувств и действий.
4. Поиск социальной поддержки: усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки от других людей.
5. Принятие ответственности: признание своей роли в проблеме сопутствующей темой её решения.
6. Бегство – избегание: мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные на бегство или избегание проблемы.

7. Планирование решения проблемы: произвольные (специальные) проблемно – фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.

8. Положительная переоценка: усилия по созданию положительного смысла ситуации фокусированием на росте собственной личности, включая религиозный опыт.

7. Экспресс-опросник копинг-стратегий (Brief Coping_Ч. Карвера, М. Шайера, Дж. К. Вайнтрауба, 1997);

Следующие утверждения описывают способы, с помощью которых люди справляются со сложными ситуациями. Есть множество способов справиться с нервным напряжением. С помощью данной методики мы определяем вариант использования таких способов совладания как:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Самоотвлечение | 8. Выражение (выплеск) эмоций |
| 2. Активный копинг | 9. Позитивная переоценка |
| 3. Отрицание | 10. Планирование |
| 4. Использование
психоактивных веществ | 11. Юмор |
| 5. Поиск эмоциональной
поддержки | 12. Принятие |
| 6. Поиск инструментальной
поддержки | 13. Уход в религию |
| 7. Избегание | 14. Самообвинение |

Ответьте, пожалуйста, как боретесь вы с трудной жизненной ситуацией. Старайтесь избегать ответов типа «сработает» способ или нет.

Отвечайте так, насколько это верно для вас, насколько часто применяете это вы.

При ответах руководствуйтесь следующей шкалой (обведите подходящий ответ кружком):

1 – очень редко (на меня это не похоже) 2 – редко (иногда) 3 – часто 4 – очень часто (почти всегда)

№ п/п	Утверждение	Очень редко	Редко	Часто	Очень часто
1.	Я уделяю больше внимания работе и другим делам, чтобы отвлечься от мыслей о проблеме.	1	2	3	4
2.	Я прилагаю усилия для изменения ситуации, в которой я оказался.	1	2	3	4
3.	Я говорю себе, что все не по-настоящему.	1	2	3	4
4.	Я употребляю алкоголь и психоактивные вещества, чтобы почувствовать себя лучше.	1	2	3	4
5.	Я стараюсь получить эмоциональную поддержку от окружающих.	1	2	3	4
6.	Я отказываюсь от попыток справиться с ситуацией.	1	2	3	4
7.	Я предпринимаю различные действия для улучшения ситуации.	1	2	3	4
8.	Я отказываюсь верить в то, что происходит.	1	2	3	4
9.	Я стараюсь «выплеснуть» свои негативные эмоции, чтобы избавиться от них (Я даю выход негативным переживаниям и чувствам, чтобы избавиться от них).	1	2	3	4
10.	Я ищу помощи и совета у других людей	1	2	3	4
11.	Я употребляю алкоголь и психоактивные вещества, чтобы пережить эту ситуацию	1	2	3	4

12.	Я стараюсь смотреть на ситуацию с положительной стороны (Я стараюсь посмотреть на ситуацию с разных сторон, чтобы найти в ней что-либо положительное).	1	2	3	4
13.	Я критикую себя	1	2	3	4
14.	Я стараюсь разработать план, которому я буду следовать для преодоления трудности	1	2	3	4
15.	Я ищу поддержку и понимание у других людей	1	2	3	4
16.	Я отказываюсь от попыток справиться с трудностью	1	2	3	4
17.	Я стараюсь найти что-то хорошее в сложившейся ситуации	1	2	3	4
18.	Я воспринимаю происходящее с юмором	1	2	3	4
19.	Я стараюсь делать что-либо, чтобы меньше думать о проблеме: гуляю, мечтаю, смотрю телевизор, читаю, сплю, хожу по магазинам.	1	2	3	4
20.	Я принимаю тот факт, что это происходит	1	2	3	4
21.	Я открыто выражаю свои негативные чувства	1	2	3	4
22.	Я стараюсь обрести успокоение и поддержку в моей религии или других духовных практиках	1	2	3	4
23.	Я спрашиваю, как мне лучше поступить у других людей, прошу их совета или помощи	1	2	3	4
24.	Я учусь жить в этой ситуации	1	2	3	4
25.	Я много думаю о том, какие шаги мне следует предпринять	1	2	3	4
26.	Я виню себя в том, что происходит	1	2	3	4
27.	Я молюсь или медитирую	1	2	3	4
28.	Я стараюсь найти что-то веселое в сложившейся ситуации	1	2	3	4

**8. Шкала одиночества (LS) Дж. Гервельд и Т. фон Тилбурга, 1998
адаптирована Т.Л.Крюковой и О.А. Екимчик, (2014)**

Пожалуйста, укажите для каждого из этих 11 утверждений, насколько они соответствуют Вашей ситуации, Вашим ощущениям

	Совершенно верно	Верно	Скорее да, чем нет	Не знаю	Скорее нет, чем да	Неверно	Совершенно неверно
1. У меня всегда есть с кем поговорить о своих ежедневных проблемах							
2. Мне не хватает действительно близкого друга							
3. Обычно я чувствую себя опустошенным (пустоту)							
4. Есть много людей, на которых я могу опереться, когда у меня трудности							
5. Мне не хватает удовольствия от компании других людей							
6. Я считаю свой круг друзей и знакомых слишком узким							
7. У меня есть много людей, которым я могу полностью доверять							
8. У меня достаточно близких мне людей							
9. Мне не хватает людей вокруг							
10. Я часто чувствую себя отвергнутым							
11. Я могу обратиться к своим друзьям всегда, когда я нуждаюсь в них							

9. Шкала ценностей Шварца и Бильского (1990)

Перед Вами список ценностей. Используя шкалу, отметьте, насколько важна для Вас каждая из ценностей. Пожалуйста, выберите только одну цифру от 1 до 5 в каждой строке.

1	2	3	4	5
Совсем не важно	Не очень важно	Средней важности	Важно	Очень важно

1.1 интересная жизнь (насыщенная событиями, впечатлениями)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.2 почитание родителей и старших (проявление уважения)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.3 удовольствие (наслаждение, радость или удовлетворение желаний)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.4 общественный порядок (стабильность общества)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.5 творчество (уникальность, воображение)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.6 национальная безопасность (защита нации от врагов)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.7 разнообразная жизнь (полная целей, новизны и перемен)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.8 самодисциплина (самообладание, сопротивление соблазнам)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.9 смелость (стремление к приключениям, риск)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.10 вежливость (учтивость, хорошие манеры)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.11 свобода (свобода действий и мыслей)	1 – 2 – 3 – 4 – 5

1.12 послушание (выполнение обязательств, долга)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
1.13 независимость (уверенность в себе, самостоятельный выбор целей и интересов)	1 – 2 – 3 – 4 – 5

10. Шкала самооценки (Singelis, 1994) *The Self-Construal Scale**

Перед Вами представлены несколько утверждений о том, что Вы можете думать о себе. Пожалуйста, определите, насколько Вы согласны или не согласны с ними, выбрав только одну цифру.

1	2	3	4	5
Абсолютно не согласен	Почти не согласен	Ни то, ни другое	Почти согласен	Абсолютно согласен

	Для меня важно уважать решения, принятые в моей семье	1 – 2 – 3 – – 4 – 5
	Мне часто кажется, что отношения с людьми для меня важнее собственных достижений	1 – 2 – 3 – – 4 – 5
	Я предпочитаю быть более прямым и решительным, когда общаюсь с друзьями	1 – 2 – 3 – – 4 – 5
	Мне прятно быть уникальным и отличаться от других во многих отношениях	1 – 2 – 3 – – 4 – 5
	Для меня очень важно быть индивидуальностью и не зависеть от близких друзей	1 – 2 – 3 – – 4 – 5
	Я ценю крепкое здоровье превыше всего остального	1 – 2 – 3 – – 4 – 5
	Особо важной целью для меня является забота о себе	
	Мое счастье зависит от счастья моих близких	1 – 2 – 3 –

		- 4 - 5
	Для меня важно поддерживать гармонию среди окружающих меня людей	1 - 2 - 3 - 4 - 5
0	Я бы пожертвовал собственными интересами ради своих близких	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Приложения №2

Результаты статистической обработки данных

Результаты статистического анализа данных

Групповые статистики

пол		N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
самоотвлечение	мужской	38	4,6316	1,49632	,24274
	женский	65	5,3231	1,59205	,19747
отрицание	мужской	38	2,8684	1,45511	,23605
	женский	65	3,8000	1,85573	,23018

Критерий для независимых выборок

	Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних							
	F	Знч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних		
								Нижняя граница	Верхняя граница	
самоотвлечение	Предполагается равенство дисперсий	,031	,861	-2,174	101	,032	-,69150	,31809	-1,32249	-,06050
	Равенство дисперсий не предполагается			-2,210	81,534	,030	-,69150	,31291	-1,31403	-,06896
отрицание	Предполагается равенство дисперсий	3,933	,050	-2,653	101	,009	-,93158	,35120	-1,62827	-,23489
	Равенство дисперсий не предполагается			-2,826	92,478	,006	-,93158	,32970	-1,58634	-,27682

**Сравнение ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин по выбору
копинг стратегий с помощью t-критерия Стьюдента**

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних						
		F	Знч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
знают о DS	Предполагается равенство дисперсий	4,810	,031	2,446	101	,016	,99109	,40519	,18730	1,79488
	Равенство дисперсий не предполагается			2,242	59,170	,029	,99109	,44200	,10672	1,87547

Групповые статистики

пол		N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
знают о DS	мужской	38	3,0526	2,39309	,38821
	женский	65	2,0615	1,70364	,21131

Критерий для независимых выборок

	Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних						
	F	Зн ч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
								Нижняя граница	Верхняя граница
конфронтативный копинг	,050	,824	-2,041	100	,044	-1,30716	,64050	-2,57790	-,03642
Предполагается равенство дисперсий Равенство дисперсий не предполагается			-2,041	97,617	,044	-1,30716	,64037	-2,57800	-,03631

Сравнение по параметру «Путь заражения»

Групповые статистики

путь заражения (1-п\п; 2-н\п)	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
конфронтативный копинг				
п\п	55	8,0545	3,22845	,43532
н\п	47	9,3617	3,21968	,46964

Критерий для независимых выборок

	Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних							
	F	Зн ч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних		
								Нижняя граница	Верхняя граница	
отрицание <i>Предполагается равенство дисперсий</i> Равенство дисперсий не предполагается	,016	,899	1,942	100	,055	,66344	,34159	-,01427	1,34115	
			1,939	96,938	,055	,66344	,34210	-,01554	1,34243	

Групповые статистики

путь заражения (1-п\п; 2- н\п)	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
отрицание п/п	55	3,7273	1,70462	,22985
н/п	47	3,0638	1,73712	,25338

Групповые статистики

путь заражения (1-п\п; 2- н\п)	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
юмор	п/п	3,8909	1,84263	,24846
	н/п	4,8723	2,09157	,30509
принятие	п/п	6,0364	1,24668	,16810
	н/п	5,3191	1,66950	,24352

Критерий для независимых выборок

	Критерий равенства дисперсий Ливиня	t-критерий равенства средних								
		F	Знч.	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
									Нижняя граница	Верхняя граница
юмор	Предполагается равенство дисперсий Равенство дисперсий не предполагается	,600	,440	-2,519	100	,013	-,98143	,38955	-1,75429	-,20858
				-2,494	92,566	,014	-,98143	,39346	-1,76281	-,20005
принятие	Предполагается равенство дисперсий Равенство дисперсий не предполагается	8,806	,004	2,479	100	,015	,71721	,28932	,14321	1,29122
				2,424	84,030	,018	,71721	,29591	,12877	1,30566

Сравнение результатов интервью выраженности стресса и совладания с ним по разным критериям деления на группы

Сводка обработки наблюдений

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
страх * группа "путь заражения"	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности страх * группа "путь заражения"

Частота

	группа "путь заражения"		Итого
	наркотический путь	половой путь	
стр 0	26	15	41
ах 1	23	39	62
Итого	49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	6,854 ^a	1	,009	,015	,008
Поправка на непрерывность ^b	5,839	1	,016		
Отношение правдоподобия	6,921	1	,009		
Точный критерий Фишера					
Линейно-линейная связь	6,787	1	,009		
Кол-во валидных наблюдений	103				

а. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 19,50.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сводка обработки наблюдений

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
депрессивность * группа "путь заражения"	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности депрессивность * группа "путь заражения"

Частота

		группа "путь заражения"		Итого
		наркотический путь	половой путь	
депрессивност	0	36	23	59
ь	1	13	31	44
Итого		49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	10,009 ^a	1	,002		
Поправка на непрерывность ^b	8,787	1	,003		
Отношение правдоподобия	10,229	1	,001		
Точный критерий Фишера				,003	,001
Линейно-линейная связь	9,912	1	,002		
Кол-во валидных наблюдений	103				

a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 20,93.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сводка обработки наблюдений

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
шок * группа "путь заражения"	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности шок * группа "путь заражения"

Частота

	группа "путь заражения"		Итого
	наркотический путь	половой путь	
шо 0	20	5	25
к 1	29	49	78
Итого	49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	13,918 ^a	1	,000		
Поправка на непрерывность ^b	12,254	1	,000		
Отношение правдоподобия	14,580	1	,000		
Точный критерий Фишера				,000	,000
Линейно-линейная связь	13,783	1	,000		
Кол-во валидных наблюдений	103				

а. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 11,89.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сводка обработки наблюдений

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
физпроявл * группа "путь заражения"	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности физпроявл * группа "путь заражения"

Частота		группа "путь заражения"		Итого
		наркотический путь	половой путь	
физпроявл	0	45	34	79
л	1	4	20	24
Итого		49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	11,984 ^a	1	,001		
Поправка на непрерывность ^b	10,423	1	,001		
Отношение правдоподобия	12,938	1	,000		
Точный критерий Фишера				,001	,000
Линейно-линейная связь	11,867	1	,001		
Кол-во валидных наблюдений	103				

a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 11,42.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сравнение стратегий совладания**Сводка обработки наблюдений**

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
деструктивное * группа "путь заражения"	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности деструктивное * группа "путь заражения"

Частота

		группа "путь заражения"		Итого
		наркотический путь	половой путь	
деструктивн	0	17	50	67
ое	1	32	4	36
Итого		49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.с в.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	37,878 ^a	1	,000		
Поправка на непрерывность ^b	35,374	1	,000		
Отношение правдоподобия	41,532	1	,000		
Точный критерий Фишера				,000	,000
Линейно-линейная связь	37,510	1	,000		
Кол-во валидных наблюдений	103				

а. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 17,13.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сводка обработки наблюдений

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
Обращение * группа "путь заражения"	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности Обращение * группа "путь заражения"

Частота

		группа "путь заражения"		Итого
		наркотический путь	половой путь	
Обращение	0	31	22	53
	1	18	32	50
Итого		49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	5,218 ^a	1	,022		
Поправка на непрерывность ^b	4,355	1	,037		
Отношение правдоподобия	5,266	1	,022		
Точный критерий Фишера				,030	,018
Линейно-линейная связь	5,167	1	,023		
Кол-во валидных наблюдений	103				

а. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 23,79.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сводка обработки наблюдений

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
ПОК * группа "путь заражения"	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности ПОК * группа "путь заражения"

Частота

	группа "путь заражения"		Итого
	наркотический путь	половой путь	
ПО 0	33	52	85
К 1	16	2	18
Итого	49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	с т.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	14,928 ^a	1	,000		
Поправка на непрерывность ^b	12,989	1	,000		
Отношение правдоподобия	16,436	1	,000		
Точный критерий Фишера				,000	,000
Линейно-линейная связь	14,783	1	,000		
Кол-во валидных наблюдений	103				

a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 8,56.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сравнение групп по давности стресса (путь заражения не учитывается)

Сводка обработки наблюдений

	Наблюдения					
	Валидные		Пропущенные		Итого	
	N	Процент	N	Процент	N	Процент
физпроявл * давность стресса	103	100,0%	0	,0%	103	100,0%

Таблица сопряженности физпроявл * давность стресса

Частота

		давность стресса		Итого
		давний стресс	сырой стресс	
физпроявл	0	71	8	79
л	1	16	8	24
Итого		87	16	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	7,556 ^a	1	,006		
Поправка на непрерывность ^b	5,890	1	,015		
Отношение правдоподобия	6,609	1	,010		
Точный критерий Фишера				,011	,011
Линейно-линейная связь	7,482	1	,006		
Кол-во валидных наблюдений	103				

а. В 1 (25,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 3,73.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

***Сравнение по давности стресса с учетом пути заражения.
Наркотический путь***

**КОИ * давность стресса
Таблица сопряженности**

Частота		давность стресса		Итого
		давний стресс	сырой стресс	
КО	0	14	5	19
И	1	28	2	30
Итого		42	7	49

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	3,668 ^a	1	,055		
Поправка на непрерывность ^b	2,239	1	,135		
Отношение правдоподобия	3,595	1	,058		
Точный критерий Фишера				,093	,069
Линейно-линейная связь	3,593	1	,058		
Кол-во валидных наблюдений	49				

а. В 2 (50,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 2,71.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сравнение по давности стресса с учетом пути заражения: половой путь

Физиологические проявления * давность стресса

Таблица сопряженности

Частота

		давность стресса		Итого
		давний стресс	сырой стресс	
физпрояв	0	32	2	34
л	1	13	7	20
Итого		45	9	54

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	7,687 ^a	1	,006		
Поправка на непрерывность ^b	5,734	1	,017		
Отношение правдоподобия	7,550	1	,006		
Точный критерий Фишера				,009	,009
Линейно-линейная связь	7,545	1	,006		
Кол-во валидных наблюдений	54				

а. В 1 (25,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 3,33.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Таблица сопряженности

Частота

	давность стресса		Итого
	давний стресс	сырой стресс	
Обращение 0	15	7	22
е 1	30	2	32
Итого	45	9	54

Обращение давность стресса *

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	6,136 ^a	1	,013		
Поправка на непрерывность ^b	4,434	1	,035		
Отношение правдоподобия	6,176	1	,013		
Точный критерий Фишера				,023	,018
Линейно-линейная связь	6,023	1	,014		
Кол-во валидных наблюдений	54				

а. В 1 (25,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 3,67.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Таблица сопряженности пол * путь заражения (1-п\п; 2- н\п)

			путь заражения (1-п\п; 2- н\п)		Итого
			п\п	н\п	
пол мужск ой	Частота	7	31	38	
	% в пол	18,4%	81,6%	100,0%	
	% в путь заражения (1-п\п; 2-н\п)	12,5%	66,0%	36,9%	
женски й	Частота	49	16	65	
	% в пол	75,4%	24,6%	100,0%	
	% в путь заражения (1-п\п; 2-н\п)	87,5%	34,0%	63,1%	
Итого	Частота	56	47	103	
	% в пол	54,4%	45,6%	100,0%	
	% в путь заражения (1-п\п; 2-н\п)	100,0%	100,0%	100,0%	

Критерии хи-квадрат

	Значение	с т.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	31,365^a	1	,000		
Поправка на непрерывность ^b	29,111	1	,000		
Отношение правдоподобия	33,145	1	,000		
Точный критерий Фишера				,000	,000
Линейно-линейная связь	31,060	1	,000		
Кол-во валидных наблюдений	103				

а. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 17,34.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Таблица сопряженности пол * религиозность

			религиозность		Итого
			,00	1,00	
пол	мужско й	Частота	37	1	38
		% в пол	97,4%	2,6%	100,0%
		% в религиозность	39,8%	11,1%	37,3%
пол	женски й	Частота	56	8	64
		% в пол	87,5%	12,5%	100,0%
		% в религиозность	60,2%	88,9%	62,7%
Итого		Частота	93	9	102
		% в пол	91,2%	8,8%	100,0%
		% в религиозность	100,0%	100,0%	100,0%

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	2,886^a	1	,089		
Поправка на непрерывность ^b	1,790	1	,181		
Отношение правдоподобия	3,406	1	,065		
Точный критерий Фишера				,148	,085
Линейно-линейная связь	2,858	1	,091		
Кол-во валидных наблюдений	102				

а. В 1 (25,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 3,35.

б. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Таблица сопряженности пол * придача смысла

			придача смысла		Итого
			,00	1,00	
пол	мужско й	Частота	32	6	38
		% в пол	84,2%	15,8%	100,0%
		% в придача смысла	34,0%	75,0%	37,3%
пол	женски й	Частота	62	2	64
		% в пол	96,9%	3,1%	100,0%
		% в придача смысла	66,0%	25,0%	62,7%
Итого		Частота	94	8	102
		% в пол	92,2%	7,8%	100,0%
		% в придача смысла	100,0%	100,0%	100,0%

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	5,291^a	1	,021		
Поправка на непрерывность ^b	3,684	1	,055		
Отношение правдоподобия	5,136	1	,023		
Точный критерий Фишера				,049	,029
Линейно-линейная связь	5,239	1	,022		
Кол-во валидных наблюдений	102				

a. В 1 (25,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 2,98.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Таблица сопряженности пол * эмоциональная разрядка

			эмоциональная разрядка		Итого
			,00	1,00	
пол й	мужско	Частота	38	0	38
		% в пол	100,0%	,0%	100,0%
		% в эмоциональная разрядка	39,6%	,0%	37,3%
й	женски	Частота	58	6	64
		% в пол	90,6%	9,4%	100,0%
		% в эмоциональная разрядка	60,4%	100,0%	62,7%
Итого		Частота	96	6	102
		% в пол	94,1%	5,9%	100,0%
		% в эмоциональная разрядка	100,0%	100,0%	100,0%

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	3,785 ^a	1	,052		
Поправка на непрерывность ^b	2,281	1	,131		
Отношение правдоподобия	5,814	1	,016		
Точный критерий Фишера				,082	,056
Линейно-линейная связь	3,748	1	,053		
Кол-во валидных наблюдений	102				

a. В 2 (50,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 2,24.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Таблица сопряженности пол * обращение

			обращение		Итого
			,00	1,00	
пол мужской	Частота		35	3	38
	% в пол		92,1%	7,9%	100,0%
	% в обращении		41,2%	17,6%	37,3%
пол женский	Частота		50	14	64
	% в пол		78,1%	21,9%	100,0%
	% в обращении		58,8%	82,4%	62,7%
Итого	Частота		85	17	102
	% в пол		83,3%	16,7%	100,0%
	% в обращении		100,0%	100,0%	100,0%

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	3,355 ^a	1	,067		
Поправка на непрерывность ^b	2,424	1	,119		
Отношение правдоподобия	3,683	1	,055		
Точный критерий Фишера				,098	,056
Линейно-линейная связь	3,322	1	,068		
Кол-во валидных наблюдений	102				

a. В 0 (0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 6,33.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Таблица сопряженности путь заражения (1-п\п; 2- н\п) * установка собственных ценностей

			установка собственной ценности		Итого
			,00	1,00	
путь заражения (1-п\п; 2- н\п)	п\п	Частота	54	2	56
		% в путь заражения (1-п\п; 2-н\п)	96,4%	3,6%	100,0%
		% в установка собственной ценности	58,1%	22,2%	54,9%
	н\п	Частота	39	7	46
		% в путь заражения (1-п\п; 2-н\п)	84,8%	15,2%	100,0%
		% в установка собственной ценности	41,9%	77,8%	45,1%
Итого	Частота	93	9	102	
	% в путь заражения (1-п\п; 2-н\п)	91,2%	8,8%	100,0%	
	% в установка собственной ценности	100,0%	100,0%	100,0%	

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	4,258^a	1	,039		
Поправка на непрерывность ^b	2,933	1	,087		
Отношение правдоподобия	4,390	1	,036		
Точный критерий Фишера				,075	,043
Линейно-линейная связь	4,216	1	,040		
Кол-во валидных наблюдений	102				

a. В 2 (50,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 4,06.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Результаты регрессионного анализа

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	эмоциональное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

a. Зависимая переменная: конфронтативный копинг

Сводка для модели^b

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст.с в.1	ст.с в.2	Знач. изменение F	
1	,258 ^a	,067	,057	3,221	,067	7,201	1	101	,009	1,721

a. Предикторы: (конст) эмоциональное одиночество

b. Зависимая переменная: конфронтативный копинг

Дисперсионный анализ^b

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	74,731	1	74,731	7,201	,009 ^a
	Остаток	1048,104	101	10,377		
	Всего	1122,835	102			

a. Предикторы: (конст) эмоциональное одиночество

b. Зависимая переменная: конфронтативный копинг

Коэффициенты^a

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.	Статистики коллинеарности	
		B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
1	(Константа)	12,258	1,357		9,036	,000		
	эмоциональное одиночество	-,158	,059	-,258	-2,684	,009	1,000	1,000

a. Зависимая переменная: конфронтативный копинг

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	социальное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).
2	эмоциональное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

а. Зависимая переменная: поиск соц. Поддержки

Сводка для модели^c

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R-квадрат	изменения F	ст. св.1	ст. св.2	Знач. изменения F	
1	,206 ^a	,042	,033	3,893	,042	4,476	1	101	,037	
2	,283 ^b	,080	,061	3,835	,037	4,066	1	100	,046	1,935

а. Предикторы: (конст) социальное одиночество

б. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество

с. Зависимая переменная: поиск соц. Поддержки

Дисперсионный анализ^c

Модель		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	67,838	1	67,838	4,476	,037 ^a
	Остаток	1530,919	101	15,158		
	Всего	1598,757	102			
2	Регрессия	127,660	2	63,830	4,339	,016 ^b
	Остаток	1471,098	100	14,711		
	Всего	1598,757	102			

а. Предикторы: (конст) социальное одиночество

б. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество

с. Зависимая переменная: поиск соц. Поддержки

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты	Стд. Ошибка	Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
			Бета			Толерантность	КРД
1 (Константа)	7,256	1,330		5,454	,000		
социальное одиночество	,165	,078	,206	2,116	,037	1,000	1,000
2 (Константа)	9,328	1,665		5,602	,000		
социальное одиночество	,278	,095	,348	2,924	,004	,651	1,537
эмоциональное одиночество	-,175	,087	-,240	-2,017	,046	,651	1,537

а. Зависимая переменная: поиск соц. Поддержки

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	возраст	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).

а. Зависимая переменная: активный копинг

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст.с в.1	ст.с в.2	Знч. изменение F	
1	,227 ^а	,051	,042	1,403	,051	5,477	1	101	,021	2,032

а. Предикторы: (конст) возраст

б. Зависимая переменная: активный копинг

Дисперсионный анализ^б

Модель	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1 Регрессия	10,782	1	10,782	5,477	,021 ^а
Остаток	198,849	101	1,969		
Всего	209,631	102			

а. Предикторы: (конст) возраст

б. Зависимая переменная: активный копинг

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
(Константа)	3,842	,736		5,220	,000		
возраст	,057	,024	,227	2,340	,021	1,000	1,000

а. Зависимая переменная: активный копинг

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	эмоциональное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

а. Зависимая переменная: отрицание

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст.с в.1	ст.св. 2	Знч. изменение F	
1	,409 ^а	,168	,159	1,623	,168	20,342	1	101	,000	1,929

а. Предикторы: (конст) эмоциональное одиночество

б. Зависимая переменная: отрицание

Дисперсионный анализ^б

Модель	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1 Регрессия	53,571	1	53,571	20,342	,000 ^а
Остаток	265,982	101	2,633		
Всего	319,553	102			

а. Предикторы: (конст) эмоциональное одиночество

б. Зависимая переменная: отрицание

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
1 (Константа)	6,453	,683		9,443	,000		
эмоциональное одиночество	-,134	,030	-,409	-4,510	,000	1,000	1,000

а. Зависимая переменная: отрицание

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	соматическая субшкала	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

а. Зависимая переменная: использ. Псих.в-в

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R-квадрат	изменение F	ст. св. 1	ст. св. 2	Знч. изменения F	
1	,336 ^а	,113	,104	1,948	,113	12,825	1	101	,001	2,141

а. Предикторы: (конст) соматическая субшкала

б. Зависимая переменная: использ. Псих.в-в

Дисперсионный анализ^b

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1	Регрессия	48,643	1	48,643	12,825	,001 ^a
	Остаток	383,085	101	3,793		
	Всего	431,728	102			

а. Предикторы: (конст) соматическая субшкала

б. Зависимая переменная: использ. Псих.в-в

Коэффициенты^a

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
(Константа)	1,768	,277		6,377	,000		
соматическая субшкала	,164	,046	,336	3,581	,001	1,000	1,000

а. Зависимая переменная: использ. Псих.в-в

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	социальное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения <= ,050, F-исключения >= ,100).
2	эмоциональное одиночество	.	

а. Зависимая переменная: поиск эмоц.подд.

для модели^c

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст.св.1	ст.св.2	Знч. изменения F	
1	,311 ^a	,097	,088	1,799	,097	10,789	1	101	,001	2,147
2	,403 ^b	,163	,146	1,740	,066	7,913	1	100	,006	

а. Предикторы: (конст) социальное одиночество

б. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество

с. Зависимая переменная: поиск эмоц.подд.

Дисперсионный анализ^с

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1	Регрессия	34,908	1	34,908	10,789	,001 ^а
	Остаток	326,781	101	3,235		
	Всего	361,689	102			
2	Регрессия	58,870	2	29,435	9,720	,000 ^б
	Остаток	302,819	100	3,028		
	Всего	361,689	102			

а. Предикторы: (конст) социальное одиночество

б. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество

с. Зависимая переменная: поиск эмоц.подд.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка				Бета	Толерантность
(Константа)	2,543	,615		4,136	,000		
социальное одиночество	,118	,036	,311	3,285	,001	1,000	1,000
(Константа)	3,853	,756		5,100	,000		
социальное одиночество	,190	,043	,499	4,401	,000	,651	1,537
эмоциональное одиночество	-,111	,039	-,319	-2,813	,006	,651	1,537

а. Зависимая переменная: поиск эмоц.подд.

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	социальное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).
2	эмоциональное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).
3	сумма по опроснику Бека	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).

a. Зависимая переменная: поиск инструмент. Поддер.

Сводка для модели^d

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменения F	ст. св.1	ст. св.2	Знач. изменения F	
1	,282 ^a	,079	,070	1,890	,079	8,711	1	101	,004	
2	,394 ^b	,155	,138	1,820	,076	8,992	1	100	,003	
3	,434 ^c	,189	,164	1,793	,033	4,061	1	99	,047	2,273

a. Предикторы: (конст) социальное одиночество

b. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество

c. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество, сумма по опроснику Бека

d. Зависимая переменная: поиск инструмент. Поддер.

Дисперсионный анализ^d

Модель		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знач.
1	Регрессия	31,134	1	31,134	8,711	,004 ^a
	Остаток	360,964	101	3,574		
	Всего	392,097	102			
2	Регрессия	60,913	2	30,456	9,196	,000 ^b
	Остаток	331,184	100	3,312		
	Всего	392,097	102			
3	Регрессия	73,964	3	24,655	7,672	,000 ^c
	Остаток	318,133	99	3,213		
	Всего	392,097	102			

a. Предикторы: (конст) социальное одиночество

b. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество

c. Предикторы: (конст) социальное одиночество, эмоциональное одиночество, сумма по опроснику Бека

d. Зависимая переменная: поиск инструмент. Поддер.

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
(Константа)	2,310	,646		3,576	,001		
социальное одиночество	,112	,038	,282	2,952	,004	1,000	1,000
(Константа)	3,772	,790		4,774	,000		
социальное одиночество	,192	,045	,484	4,245	,000	,651	1,537
эмоциональное одиночество	-,124	,041	-,342	- 2,999	,003	,651	1,537
(Константа)	2,577	,978		2,634	,010		
социальное одиночество	,194	,044	,489	4,358	,000	,650	1,537
эмоциональное одиночество	-,093	,043	-,257	- 2,145	,034	,571	1,752
сумма по опроснику Бека	,042	,021	,203	2,015	,047	,811	1,233

а. Зависимая переменная: поиск инструмент. Поддер.

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	когнитивно-аффективная субшкала	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).
2	эмоциональное одиночество	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

а. Зависимая переменная: избегание

Сводка для модели^с

Мо- дель	R	R- квадрат	Скор- ректиро- ванный R- квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин- Уотсон
					Измене- ние R квадрат	изменен- ия F	с т.св. 1	ст.с в.2	Знч. измене- ния F	
1	,456 ^а	,208	,200	1,392	,208	26,573	1	101	,000	2,020
2	,490 ^б	,240	,225	1,371	,032	4,153	1	100	,044	

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала, эмоциональное одиночество

с. Зависимая переменная: избегание

Дисперсионный анализ^с

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1	Регресси- я	51,524	1	51,524	26,573	,000 ^а
	Остаток	195,835	101	1,939		
	Всего	247,359	102			
2	Регресси- я	59,334	2	29,667	15,778	,000 ^б
	Остаток	188,025	100	1,880		
	Всего	247,359	102			

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала, эмоциональное одиночество

с. Зависимая переменная: избегание

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
1 (Константа)	2,356	,203		11,617	,000		
когнитивно-аффективная субшкала	,112	,022	,456	5,155	,000	1,000	1,000
2 (Константа)	3,799	,736		5,164	,000		
когнитивно-аффективная субшкала	,090	,024	,365	3,714	,000	,789	1,267
эмоциональное одиночество	-,058	,028	-,200	-2,038	,044	,789	1,267

а. Зависимая переменная: избегание

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	когнитивно-аффективная субшкала	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

а. Зависимая переменная: выплеск эмоций

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст.св. 1	ст. св.2	Знч. изменения F	
1	,381 ^а	,145	,137	1,639	,145	17,129	1	101	,000	2,159

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Зависимая переменная: выплеск эмоций

Дисперсионный анализ^b

Модель	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1 Регрессия	46,039	1	46,039	17,129	,000 ^a
Остаток	271,457	101	2,688		
Всего	317,495	102			

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Зависимая переменная: выплеск эмоций

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	сумма по опроснику Бека	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).

а. Зависимая переменная: уход в религию

Дисперсионный анализ^b

Модель	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1 Регрессия	35,678	1	35,678	8,544	,004 ^a
Остаток	421,739	101	4,176		
Всего	457,417	102			

Сводка для модели^b

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик				Знч. изменения F	Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст.св.1	ст.св.2		
1	,279 ^a	,078	,069	2,043	,078	8,544	1	101	,004	2,117

а. Предикторы: (конст) сумма по опроснику Бека

б. Зависимая переменная: уход в религию

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
(Константа)	2,946	,314		9,376	,000		
сумма по опроснику Бека	,063	,021	,279	2,923	,004	1,000	1,000

а. Зависимая переменная: уход в религию

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	когнитивно-аффективная субшкала	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

а. Зависимая переменная: самообвинение

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменения F	ст. св.1	ст. св.2	Знч. изменения F	
1	,410 ^а	,168	,160	1,631	,168	20,375	1	101	,000	2,007

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Зависимая переменная: самообвинение

Дисперсионный анализ^б

Модель	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знч.
1 Регрессия	54,219	1	54,219	20,375	,000 ^а
Остаток	268,771	101	2,661		
Всего	322,990	102			

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Зависимая переменная: самообвинение

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
(Константа)	4,200	,238		17,678	,000		
когнитивно-аффективная субшкала	,115	,026	,410	4,514	,000	1,000	1,000

а. Зависимая переменная: самообвинение

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	сумма по опроснику Бека	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).

а. Зависимая переменная: бегство-избегание

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст. св.1	ст.с в.2	Знч. изменение F	
1	,450 ^а	,203	,195	2,826	,203	25,697	1	101	,000	1,746

а. Предикторы: (конст) сумма по опроснику Бека

б. Зависимая переменная: бегство-избегание

Дисперсионный анализ^б

Модель	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1 Регрессия	205,277	1	205,277	25,697	,000 ^а
Остаток	806,839	101	7,989		
Всего	1012,117	102			

а. Предикторы: (конст) сумма по опроснику Бека

б. Зависимая переменная: бегство-избегание

Коэффициенты^а

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
	B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
1 (Константа)	4,503	,435		10,363	,000		
сумма по опроснику Бека	,151	,030	,450	5,069	,000	1,000	1,000

а. Зависимая переменная: бегство-избегание

Введенные или удаленные переменные^а

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	когнитивно-аффективная субшкала	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).
2	возраст	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).

а. Зависимая переменная: планирование

Сводка для модели^с

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст. св.1	ст. св. 2	Знч. изменение F	
1	,223 ^а	,050	,040	1,482	,050	5,286	1	101	,024	
2	,298 ^б	,089	,070	1,459	,039	4,263	1	100	,042	2,109

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала, возраст

с. Зависимая переменная: планирование

Дисперсионный анализ^c

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
1	Регрессия	11,609	1	11,609	5,286	,024 ^a
	Остаток	221,808	101	2,196		
	Всего	233,417	102			
2	Регрессия	20,678	2	10,339	4,860	,010 ^b
	Остаток	212,739	100	2,127		
	Всего	233,417	102			

а. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала

б. Предикторы: (конст) когнитивно-аффективная субшкала, возраст

с. Зависимая переменная: планирование

Коэффициенты^a

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.	Статистики коллинеарности	
		B	Стд. Ошибка	Бета			Толерантность	КРД
1	(Константа)	5,715	,216		26,477	,000	1,000	1,000
	когнитивно-аффективная субшкала	-,053	,023	-,223	-2,299	,024		
2	(Константа)	4,151	,786		5,278	,000	,999	1,001
	когнитивно-аффективная субшкала	-,052	,023	-,216	-2,264	,026		
	возраст	,053	,025	,197	2,065	,042		

а. Зависимая переменная: планирование

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	я независимый	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения $\leq ,050$, F-исключения $\geq ,100$).

а. Зависимая переменная: самоконтроль

Сводка для модели^b

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст. св.1	ст. св.2	Знч. изменение F	
1	,414 ^a	,172	,136	3,60058	,172	4,769	1	23	,039	2,033

а. Предикторы: (конст) я независимый

б. Зависимая переменная: самоконтроль

Дисперсионный анализ^b

Модель	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знч.
1 Регрессия	61,824	1	61,824	4,769	,039 ^a
Остаток	298,176	23	12,964		
Всего	360,000	24			

а. Предикторы: (конст) я независимый

б. Зависимая переменная: самоконтроль

Коэффициенты^a

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.
		B	Стд. Ошибка	Бета		
1	(Константа)	21,815	4,461		4,890	,000
я независимый		-,474	,217	-,414	-2,184	,039

а. Зависимая переменная: самоконтроль

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	Я зависимый	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения \leq ,050, F-исключения \geq ,100).

а. Зависимая переменная: юмор

Сводка для модели^b

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R квадрат	изменение F	ст. св.1	ст. св.2	Знач. изменения F	
1	,404 ^a	,164	,127	1,86846	,164	4,498	1	23	,045	2,058

а. Предикторы: (конст) Я зависимый

b. Зависимая переменная: юмор

Дисперсионный анализ^b

Модель	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
1 Регрессия	15,704	1	15,704	4,498	,045 ^a
Остаток	80,296	23	3,491		
Всего	96,000	24			

а. Предикторы: (конст) Я зависимый

b. Зависимая переменная: юмор

Коэффициенты^a

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.
	B	Стд. Ошибка			
1 (Константа)	10,631	3,055		3,480	,002
Я зависимый	-,310	,146	-,404	-2,121	,045

а. Зависимая переменная: юмор

Введенные или удаленные переменные^a

Модель	Включенные переменные	Исключенные переменные	Метод
1	Я зависимый	.	Шаговый (критерий: вероятность F-включения <= ,050, F-исключения >= ,100).

а. Зависимая переменная: уход в религию

Сводка для модели^b

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стд. ошибка оценки	Изменения статистик					Дурбин-Уотсон
					Изменение R-квадрат	изменения F	ст. св.1	ст. св.2	Знч. изменения F	
1	,402 ^a	,162	,125	2,01511	,162	4,444	1	23	,046	2,379

а. Предикторы: (конст) Я зависимый

b. Зависимая переменная: уход в религию

Дисперсионный анализ^b

Модель		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знч.
1	Регрессия	18,045	1	18,045	4,444	,046 ^a
	Остаток	93,395	23	4,061		
	Всего	111,440	24			

а. Предикторы: (конст) Я зависимый

b. Зависимая переменная: уход в религию

Коэффициенты^a

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знч.
		B	Стд. Ошибка	Бета		
1	(Константа)	-3,573	3,295		-1,085	,289
	Я зависимый	,333	,158	,402	2,108	,046

а. Зависимая переменная: уход в религию

Сравнение номинативных данных по признаку наличия или отсутствия значимых людей
 значимые люди * физпроявл

Таблица сопряженности

Частота		физпроявл		Итого
		0	1	
значимые люди	нет	39	22	61
	есть	40	2	42
Итого		79	24	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.с в.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	13,639 ^a	1	,000		
Поправка на непрерывность ^b	11,943	1	,001		
Отношение правдоподобия	15,991	1	,000		
Точный критерий Фишера				,000	,000
Линейно-линейная связь	13,506	1	,000		
Кол-во валидных наблюдений	103				

a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 9,79.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

значимые люди * группа

Таблица сопряженности

Частота

		группа		Итого
		наркотический путь	половой путь	
значимые люди	нет	23	38	61
	есть	26	16	42
	Итого	49	54	103

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.с в.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	5,841 ^a	1	,016		
Поправка на непрерывность ^b	4,911	1	,027		
Отношение правдоподобия	5,888	1	,015		
Точный критерий Фишера				,018	,013
Линейно-линейная связь	5,784	1	,016		
Кол-во валидных наблюдений	103				

a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 19,98.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

значимые люди * самообвинение

Таблица сопряженности

Частота

		самообвинение		Итого
		0	1	
значимые люди	нет	49	12	61
	есть	39	2	41
Итого		88	14	102

Критерии хи-квадрат

	Значение	ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)	Точная значимость (2-стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	4,532 ^a	1	,033		
Поправка на непрерывность ^b	3,369	1	,066		
Отношение правдоподобия	5,117	1	,024		
Точный критерий Фишера				,041	,029
Линейно-линейная связь	4,487	1	,034		
Кол-во валидных наблюдений	102				

a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 5,63.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Сравнение степени раскрытости по разным основаниям с помощью U-критерия Манна-Уитни

Ранги

		пол	N	Средний ранг	Сумма рангов
степень раскрытости	мужско	й	38	63,32	2406,00
	женски	й	65	45,38	2950,00
	Всего		103		

Статистики критерия^а

	степень раскрытости
Статистика U Манна-Уитни	805,000
Статистика W Уилкоксона	2950,000
Z	-3,166
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,002

а. Группирующая переменная: пол

Ранги

значимые люди	N	Средний ранг	Сумма рангов
степень раскрытости нет	61	42,65	2601,50
есть	42	65,58	2754,50
Всего	103		

Статистики критерия^а

	степень раскрытости
Статистика U Манна-Уитни	710,500
Статистика W Уилкоксона	2601,500
Z	-4,124
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,000

а. Группирующая переменная: значимые люди

Ранги

группа	N	Средний ранг	Сумма рангов
степень раскрытости наркотический путь	49	61,55	3016,00
половой путь	54	43,33	2340,00
Всего	103		

Статистики критерия^а

	степень раскрытости
Статистика U Манна-Уитни	855,000
Статистика W Уилкоксона	2340,000
Z	-3,329
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,001

а. Группирующая переменная: группа

Ранги

группа по давности заражения		N	Средний ранг	Сумма рангов
степень раскрытости	давно заражен	87	56,18	4887,50
	сырой стресс	16	29,28	468,50
	Всего	103		

Статистики критерия^а

	степень раскрытости
Статистика U Манна-Уитни	332,500
Статистика W Уилкоксона	468,500
Z	-3,565
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,000

а. Группирующая переменная: группа по давности заражения

Дисперсионный анализ

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
печаль	Между группами	3,361	2	1,680	5,082	,008
	Внутри групп	33,066	100	,331		
	Итого	36,427	102			
чувство вины	Между группами	3,350	2	1,675	3,017	,053
	Внутри групп	55,524	100	,555		
	Итого	58,874	102			
самоотрицание	Между группами	3,418	2	1,709	4,242	,017
	Внутри групп	40,291	100	,403		
	Итого	43,709	102			
самообвинение	Между группами	6,572	2	3,286	3,993	,021
	Внутри групп	82,283	100	,823		
	Итого	88,854	102			
наличие суицидальных мыслей	Между группами	,952	2	,476	2,393	,097
	Внутри групп	19,902	100	,199		
	Итого	20,854	102			
плаксивость	Между группами	6,750	2	3,375	3,858	,024
	Внутри групп	87,483	100	,875		
	Итого	94,233	102			
нерешительность;	Между группами	3,098	2	1,549	2,856	,062
	Внутри групп	54,242	100	,542		

	Итого	57,340	102				
а	бессонниц	Между группами	2,984	2	1,492	2,458	,091
		Внутри групп	60,705	100	,607		
		Итого	63,689	102			
о	озабоченн	Между группами	5,008	2	2,504	2,877	,061
	ость	Внутри групп	87,050	100	,870		
	состоянием	Итого	92,058	102			
здоровья;	потеря	Между группами	5,430	2	2,715	3,445	,036
	сексуального	Внутри групп	78,803	100	,788		
	влечения	Итого	84,233	102			
сумма по	опроснику	Между группами	589,313	2	294,657	3,485	,034
	Бека	Внутри групп	8454,55	100	84,546		
		Итого	9043,86	102			
когнитивн	о-	Между группами	354,124	2	177,062	4,763	,011
	аффективная	Внутри групп	3717,39	100	37,174		
	субшкала	Итого	4071,51	102			
			5				

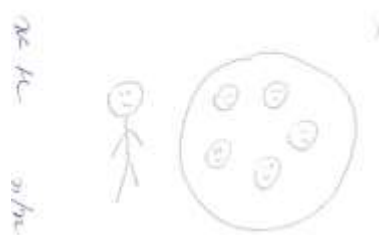
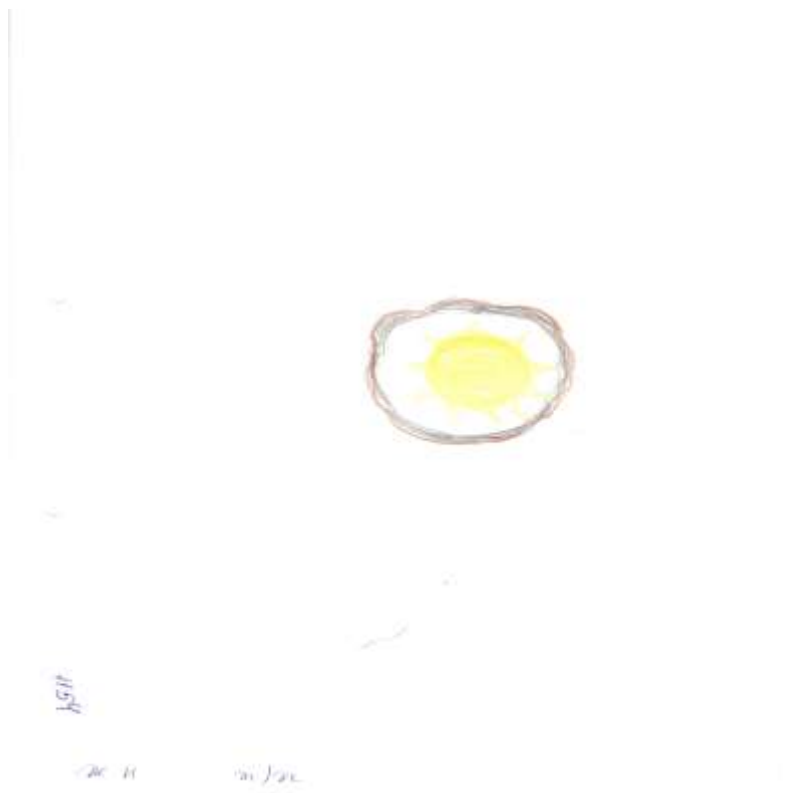
Однофакторный дисперсионный анализ

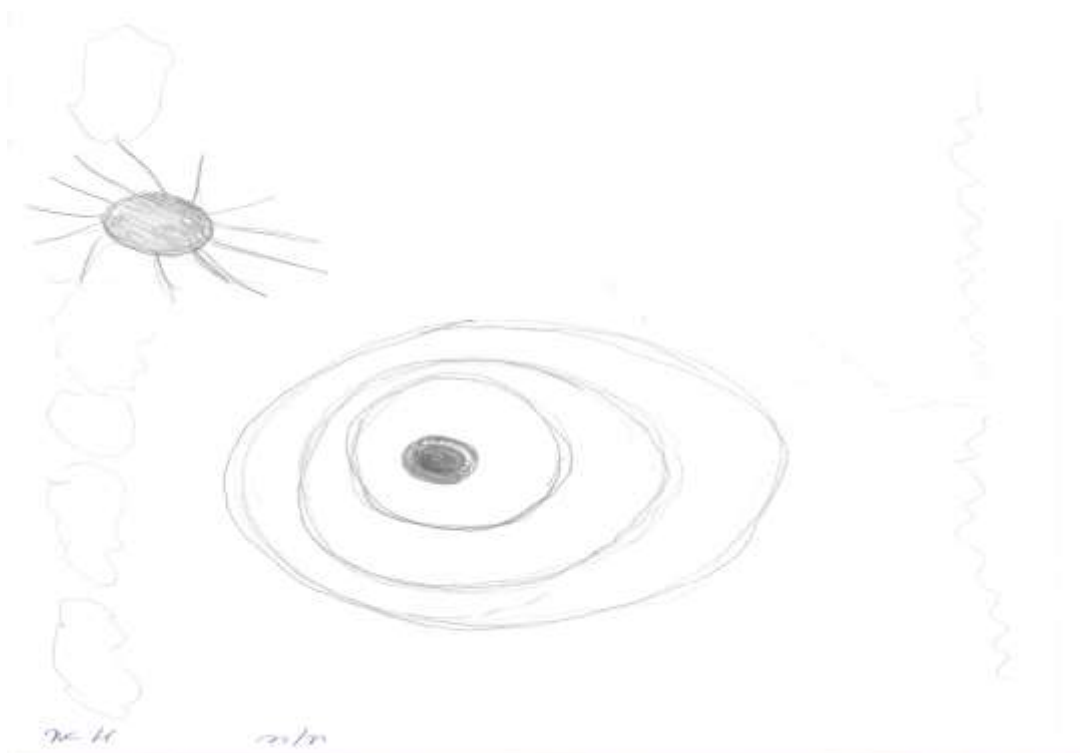
Дисперсионный анализ

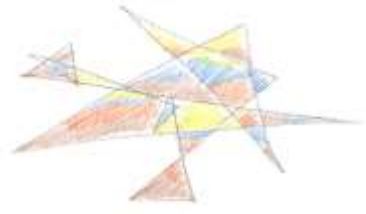
		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
отрицание	Между группами	16,897	2	8,448	2,791	,066
	Внутри групп	302,657	100	3,027		
	Итого	319,553	102			
использ. Псих.в-в	Между группами	20,207	2	10,103	2,455	,091
	Внутри групп	411,521	100	4,115		
	Итого	431,728	102			
избегание	Между группами	14,249	2	7,125	3,056	,051
	Внутри групп	233,110	100	2,331		
	Итого	247,359	102			
самообвинен ие	Между группами	22,295	2	11,148	3,707	,028
	Внутри групп	300,695	100	3,007		
	Итого	322,990	102			

Приложение №3

Рисунки респондентов
Половой способ заражения ВИЧ:







XC T 20/11

12.11



XC K 20/11



2011

20/10

12/28



13/4

Наркотический способ заражения ВИЧ:





333

WT 1/10

WT 1/10

WT 1/10



414



21 11

n/n

165 53

1251

