

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



ШАРГОРОДСКАЯ О.В. ВЛИЯНИЕ ДИСПОЗИЦИОННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫБОР СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)
English version: Shargorodskaya O.V. [The impact of dispositional and social factors on coping choice with a disease \(HIV-infection\) situation](#)

Костромской государственной университет, Кострома, Россия

[Сведения об авторе](#)
[Литература](#)
[Ссылка для цитирования](#)

Статья посвящена результатам эмпирического исследования совладающего поведения у ВИЧ-инфицированных людей с точки зрения влияния таких факторов, как уровень одиночества и депрессивности; социокультурный контекст – качества общения и доверия; динамика переживания стресса постановки диагноза и жизни с ВИЧ. Показано, что совладание в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) специфично, его изменения обусловлены многими стрессорами и факторами; важное место вышеперечисленных нашло эмпирическое подтверждение.

Ключевые слова: копинг-факторы, социокультурный контекст болезни, стигматизация, уровень одиночества, депрессивность, общение, динамика совладания

Совладающее поведение в ситуации болезни, а именно ВИЧ-инфекции, недостаточно изучено в отечественной психологии. В нашем исследовании мы поставили перед собой следующую *цель*: выявить факторы, влияющие на совладание / несовладание с болезнью (ВИЧ-инфекция).

Выдвинуты *гипотезы*: 1. Совладание / несовладание со стрессом болезни обусловлено диспозиционными характеристиками, а именно: способностью человека открыть диагноз другим (социуму), одиночеством, депрессивностью, качествами самооценки, и др. 2. Совладание / несовладание со стрессом болезни также обусловлено социальными факторами – качеством общения, характеристиками социальной сети человека. 3. Существует *динамика* переживания стресса в процессе заражения ВИЧ-инфекцией и ее протекания, а также совладания с ней: в зависимости от этапа переживания стресса болезни, личностных предпосылок, путей заражения ВИЧ-инфекцией и эффективности терапии существуют колебания либо с более значительным периодом негативной динамики, либо позитивной динамики.

Методы

Выборка

В исследовании приняли участие 103 человека (из них 38 мужчин и 65 женщин) в возрасте от 17 до 46 лет, давших согласие принять участие в исследовании, и состоящих на диспансерном учете с

диагнозом «ВИЧ-инфекция» на разных стадиях заболевания (16 человек с «сырым» стрессом – относительно недавно был поставлен диагноз ВИЧ, не более полугода прошло с момента постановки диагноза; 87 человек – «давний стресс» с момента постановки диагноза прошло более одного года), имеют разные пути заражения (55 человек – половой путь заражения, 48 человек наркотический путь заражения), в связи с чем разделены на 2 подвыборки, из разных социальных слоев.

Методики

Применялся комплекс методических средств:

- феноменологическое интервью и его контент-анализ;
- проективный рисунок «Я и моя болезнь»;
- опросник способов совладания (ОСС–*WCQ*) С.Фолкман, Р.Лазаруса, адаптированный Т.Л.Крюковой, Е.В.Куфтяк и М.С.Замышляевой [Крюкова, 2007];
- опросник депрессивности А.Бека в адаптации Н.В.Тарабриной, 2001 (*Beck Depression Inventory*) [Тарабрина, 2001];
- тест «Социальная сеть»;
- методика диагностики вариантов копинг-стратегий Э.Хейма [Бодалев, 2011];
- экспресс-опросник копинг-стратегий (*Brief Coping* Ч.Карвера, М.Шайера, Дж.К.Вайнтрауба, 1997) [Карвер, 1997];
- Шкала одиночества (*LS*) Дж.Гервельд и Т. фон Тилбурга, адаптированная Т.Л.Крюковой и О.А.Екимчик [Крюкова, Екимчик, 2013].

Результаты

Диспозиции личности и социокультурный контекст: переживание одиночества и депрессивность при совладании с ВИЧ-инфекцией

В исследовании обнаружено, что одной из проблем выступает стигматизация в российском обществе заболевших людей как фактор их психологической и социальной изоляции [Беляков, 2011]. В результате стигматизации происходит обесценивание или девальвация заразившегося человека, снижается его социальный статус. Ситуация болезни, как правило, приводит к различным негативным психологическим последствиям для ВИЧ-инфицированного человека. Она может стать причиной затяжной депрессии, суицидальных попыток, страха новых отношений, социальной изоляции, объективного и субъективного одиночества человека [Крюкова, Шаргородская, 2012]. В связи с этим люди, живущие с ВИЧ, относятся к особой субкультуре в обществе: они сами часто считают себя изгоями, «невезучими и виноватыми в том, что заразились». Опираясь на наши данные, в том числе нарративы испытуемых (письма, рассказы), мы можем утверждать, что отвержение ВИЧ-инфицированных людей происходит на групповом, личностном и социальном (общественном) уровнях. Их особый жизненный стиль приводит к тому, что они воспринимают общество, других людей вокруг как враждебных и не заслуживающих доверия. Способы их восприятия ситуации своей болезни и способы совладания культурно обусловлены принадлежностью к группе людей с диагнозом ВИЧ и в связи с этим специфичны. Следовательно, для объяснения особенностей переживания стресса и совладающего поведения субъекта необходимо исследовать особенности различных контекстов, во многом определяемых культурой и субкультурой, носителями которых субъект является. В частности, в данном исследовании чрезвычайно важны установки и ценности, связанные со здоровьем, здоровым образом жизни, этическим кодексом, нормами, убеждениями испытуемых, заразившихся неизлечимой болезнью (ВИЧ-инфекцией). Далее важно понимать, как наше общество оценивает, воспринимает людей с данным заболеванием в зависимости от своих культурных ценностей и норм, одобряемого образа жизни.

Согласно принципу социокультурной контекстуализации стресс-копинг исследований, нами поставлена проблема диагностики одиночества у данной категории людей. Мы понимаем *одиночество* как воспринимаемый дефицит в социальных и межличностных отношениях, которые субъект определяет как неудовлетворяющие его потребности, связывает его с когнитивно-эмоциональной оценкой человеком своих социальных связей, отношений (социальной сети), которые качественно неадекватны или количественно невелики [Крюкова, 2013]. Заразившийся ВИЧ человек нередко сознательно лишает себя поддержки, общения, профессионального роста и удовлетворения других потребностей, то есть он как будто «тормозит» или останавливает самореализацию.

В психологии стресса и совладающего поведения рассматривается влияние коммуникативного стресса на возникновение *деформаций* общения [Бодалев, 2011]. Зараженный ВИЧ субъект ведет себя обычно «зажато» и долго закрыт для общения, не доверяя собеседнику, постоянно помнит о *дистанцировании* и осуждении обществом болезни, которой он болен. Несомненно, ВИЧ-инфицированные люди становятся коммуникативно-деформированными со временем. Приведем некоторые случаи.

С., 28 лет, рассказывает, что при постановке ей диагноза «ВИЧ-инфекция» она испытала шок, с ней случилась истерика. Сообщить кому-то о диагнозе ей не представляется возможным, даже мужу. Она отмечает страх развода, одиночества. С подругами контакт прерван из-за страха разглашения диагноза. Эмоционально подавлена.

М., 33 года, в момент оглашения положительного результата анализа на ВИЧ отмечает ступор, но без истерики. Описывая физиологические проявления стресса, говорит, что «вспотела, голова закружилась и долго была потерянная». Возникло недоверие к результатам, пошла сдавать повторно – но диагноз подтвердился. Из-за страха разглашения диагноза сменила город. Здесь никому не сообщает о ВИЧ-статусе и старается ни с кем не знакомиться.

По данным интервью и психодиагностики можно сделать вывод о социальном одиночестве людей, живущих с ВИЧ, что отражено на рисунке 1.



Рис. 1. Выраженность видов одиночества по Шкале одиночества (LS) у ВИЧ-инфицированных и контрольной группы.

Примечания. * достоверно значимое различие: при $p < 0,01$.

Между ВИЧ-инфицированной выборкой и здоровыми людьми нет значимых различий по субшкале

«эмоциональное одиночество», что можно объяснить таким фактом, как *сверхконтроль* над своим эмоциональным состоянием и компенсацией, частично за счет приема наркотических средств или путем вытеснения и избегания как самой болезни, так и мыслей о ней. В то же время уровень «социального одиночества» имеет значимые различия с людьми, не имеющими диагноза, что можно объяснить «двойной стигмой», *дистанцированием* и страхом разглашения диагноза [Крюкова, Шаргородская, 2014].

При более подробном анализе существующей социальной сети ВИЧ-инфицированные, как правило, отмечают только очень близких родственников (мать, отец, брат или сестра или же муж – жена). По нашим данным, социальная сеть людей, живущих с ВИЧ, мала: в среднем 3 человека. Для сравнения приведем данные, полученные Т.Л.Крюковой о здоровых взрослых: у женщин 15–16 человек, у мужчин 12–14 человек [Крюкова, 2013]. На фоне критически маленькой социальной сети ВИЧ-инфицированных из анализа интервью мы видим, что изоляция от социума негативно сказывается на общем психологическом состоянии человека. В ходе общения особенно значительным фактором является то, что, преодолев инкапсуляцию и раскрывшись, в том числе и для общества в целом, ВИЧ-инфицированный человек имеет дополнительный ресурс для совладания с болезнью (ВИЧ). Однако данный ресурс не используется [Шаргородская, 2015].

Риску заражения ВИЧ подвержены не только люди с девиантным поведением, но и законопослушные граждане, из этого становится понятно, что диагноз «ВИЧ-инфекция» воспринимается как острый стресс, приносит тяжелые эмоциональные переживания и вызывает сильнейшую психическую травму у человека (Д.А.Ниаури, Л.С.Богданова) [Богданова, 2010].

Внутренние переживания личности в ситуации общения обуславливают возникновение объективных трудностей взаимодействия и взаимовлияния партнеров, снижают эффективность коммуникативных действий. Мы изучили степень влияния открытости / закрытости диагноза на уровень депрессивности ВИЧ-инфицированных людей. Полученные данные показали, что чем больше открытость диагноза ВИЧ-инфицированного социуму, значимым людям и т.д., тем ниже уровень депрессивности. В то же время высокий уровень депрессивности отмечают люди, живущие с ВИЧ, с полностью закрытым диагнозом. Нами был выделен еще один критерий «средний уровень открытости». Респонденты данной группы отмечали средний уровень депрессивного расстройства. Так, например, женщины чаще мужчин склонны скрывать свой диагноз ($p = 0,002$). Однако наличие значимого человека способствует открытости диагноза ($p = 0,000$). Заболевшие с наркотическим путем заражения более склонны к открытию своего диагноза ($p = 0,01$), чем те, кто имеет половой путь заражения. Большая открытость диагноза зафиксирована у людей, которые имеют статус «ВИЧ-инфицированный» относительно давно, по сравнению с теми, кто приобрел его относительно недавно ($p = 0,000$). Степень открытости диагноза влияет ($F = 5,082$, $p = 0,008$) на переживание печали, причем наименьший уровень переживания печали установлен у людей с умеренной степенью открытости диагноза для социума. Самый высокий уровень печали характеризует тех, чей диагноз совершенно закрыт для социума. Проявление плаксивости у ВИЧ-инфицированных также обусловлено степенью открытости диагноза социуму ($F = 3,375$, $p = 0,024$), здесь самый низкий уровень плаксивости отмечается у людей с умеренной степенью открытости диагноза социуму. При закрытом диагнозе для социума, так же как и при совершенно открытом, отмечается высокий уровень плаксивости у людей, живущих с ВИЧ, что является показателем наличия депрессии.

Еще один из признаков депрессии, «потеря сексуального влечения», обусловлен уровнем открытости диагнозу социуму ($F = 3,445$, $p = 0,036$). В данном случае потеря сексуального влечения как признак депрессии характерна как для тех, у кого закрыт диагноз для социума, так и тех, у кого он полностью открыт. Данные факты указывают на то, что при наличии значимого человека степень открытости диагноза выше, чем у одиноких людей. Следовательно, наличие значимого человека, доверительные отношения с ним должны бы выступать ресурсом, с нашей точки зрения, способствующим совладанию со стрессом ВИЧ-инфицирования, однако в данном случае он не осознается и не используется [Шаргородская, 2016].

Депрессивные состояния, как и переживание *одиночества*, ежедневно сопровождают заразившихся ВИЧ-инфекцией. Влияние уровня депрессивности как фактора, влияющего на выбор копинг-стратегий, мы подтвердили с помощью регрессионного анализа, разделив всю выборку по способу заражения ВИЧ на группу с наркотическим способом и группу с половым способом заражения. Данные подтвердили влияние депрессивного состояния испытуемых с наркотическим способом заражения на выбор ими копинг-стратегий: так, уровень депрессивности влияет на выбор *конфронтативного* копинга ($\beta = 0,368$; $p = 0,0162$; $R^2 = 0,36$); *дистанцирования* ($\beta = 0,637$; $p = 0,0221$; $R^2 = 0,63$); *бегства /избегания* ($\beta = 0,284$; $p = 0,0544$; $R^2 = 0,28$); *планирования решения проблемы* ($\beta = 0,478$; $p = 0,0013$; $R^2 = 0,47$). Уровень *депрессивности* влияет и на выбор стратегии *положительная переоценка*: этот противоречивый результат можно объяснить тем, что жизненную ситуацию человеку приходится пересматривать и переоценивать, возможен поиск положительных сторон случившегося (как вариант – «выгода» от болезни). Например: «дано испытание не за что-то, а для чего-то», «может быть, стоит пересмотреть жизнь и изменить ее в лучшую сторону» ($\beta = 0,654$; $p = 0,05$; $R^2 = 0,65$). У испытуемых этой группы присутствуют такие проявления депрессии, как самообвинение, трудности в работе, печаль, пессимизм, невезучесть, недовольство собой, самообвинение, бессонница, утомляемость, дисморфофобия, озабоченность состоянием здоровья, потеря сексуального влечения. Диагноз «ВИЧ-инфекция» у них сопровождается приемом наркотических средств как в прошлом, так и в настоящем времени.

Влияние уровня депрессивности на выбор копинг-стратегий в группе с половым способом заражения иное, зачастую отрицательное, и значительно менее выражено, что может свидетельствовать об отказе заразившихся считать себя виновными в заражении, о наличии у них большего количества ресурсов для совладания. Так, уровень *депрессивности* в этой группе влияет на выбор *конфронтативного* копинга, что объясняется агрессией к окружающим из-за «несправедливости», ощущения наказания и наличия диагноза «ВИЧ-инфекция» ($\beta = 0,135$; $p = 0,000$; $R^2 = 0,13$), *дистанцирование* ($\beta = 0,140$; $p = 0,0001$; $R^2 = 0,14$), *самоконтроль* – это значит, что люди слабо контролируют свое психологическое состояние и социальное поведение ($\beta = -0,33$; $p = 0,000$; $R^2 = 0,32$), *поиск социальной поддержки*, что означает нежелание общаться, закрытость человека ($\beta = -0,33$; $p = 0,0000$; $R^2 = 0,14$), *принятие ответственности* ($\beta = 0,368$; $p = 0,000$; $R^2 = 0,36$).

Исходя из полученных результатов, мы можем заключить, что люди с половым путем заражения ВИЧ более подвержены депрессивным состояниям, чем люди с наркотическим путем заражения ($p < 0,000$). Также в группе с наркотическим путем заражения ярче выражено *чувство социальной отчужденности* ($p = 0,03$), что дает возможность говорить о стигматизации людей с диагнозом ВИЧ не только из-за ВИЧ, но и из-за приема наркотических средств [Крюкова, Шаргородская, 2012].

Динамика переживания стресса постановки диагноза и жизни с ВИЧ в контексте совладания

Говоря о динамике совладания с болезнью, необходимо сделать акцент на направленности его изменений, развития – либо на *усилении* субъектности (активности, вовлеченности и т.д.), либо на ее *ослаблении*. Высокая степень субъектности отражается в том, что человек может управлять и собой, и ситуацией, и отношениями с другими, а также воздействовать на стрессор / свою болезнь и процесс выздоровления (Е.Ю.Коржова, И.М.Никольская, Е.А.Сергиенко, Э.Г.Эйдемиллер и др.) [Крюкова, Сапоровская, Шаргородская, 2016]. Низкая степень субъектности отражается в переживании собственного бессилия, невозможности воздействовать и управлять обстоятельствами и собой, что усиливает позицию «жертвы» и снижает адаптационный потенциал человека.

Анализ интервью со всеми участниками исследования показал, что признаки стресса присутствуют у большинства ВИЧ-инфицированных респондентов, независимо от переменной продолжительность болезни; это: страх – 60,19%, депрессивность – 42,72%, шок – 75,73%,

физиологические проявления, такие как резкое снижение веса, увеличение лимфоузлов, страх кожных высыпаний и т.д. – 23,3%. Это говорит о том, что ВИЧ-инфицирование является пролонгированной, хронической стрессогенной ситуацией, влияющей на качество жизни человека. При сравнительном анализе степени выраженности признаков стресса у заразившихся людей на начальном этапе заболевания (постановка диагноза) и у длительно живущих с ВИЧ-инфекцией уровень стресса различается. Было установлено достоверно значимое различие только по одному признаку из трех – *Физиологические проявления* ($\chi^2 = 7,56$, при $p = 0,01$). Физиологические проявления стресса отмечают у себя чаще респонденты, недавно получившие статус ВИЧ-инфицированных (50%), чем те, кто живет с этим статусом довольно давно (18%). Следовательно, человек, узнав об инфицировании ВИЧ, переживает стресс высокой интенсивности на психологическом и физиологическом уровне. Но с течением времени выраженность физиологических проявлений у части заболевших снижается, что является показателем позитивной динамики совладания со стрессом болезни.

Опираясь на данные анализа интервью, мы с уверенностью можем говорить о «волнообразной» динамике совладания у ВИЧ-инфицированных людей из групп с обоими способами заражения. Однако респонденты с наркотическим способом заражения описывают собственные переживания в начале болезни (в среднем от 6 до 12 месяцев) как «шок, страх смерти, депрессия», отмечают «неспособность хоть что-то изменить в жизни». Перечисленные переживания сохраняются долгие годы, хотя их острота со временем изменяется. Данные переживания способствует временному изменению образа жизни, прекращению употребления наркотических препаратов, что можно охарактеризовать как попытку конструктивно совладать со стрессом болезни на первом этапе. Следует отметить, что сочетание различных копинг-стратегий на разных этапах болезни определяет позитивную или негативную динамику совладания во времени. На протяжении нескольких лет болезни данной группы ВИЧ-инфицированных людей неоднократно происходит смена направленности динамики совладания – от осознанного прекращения употребления наркотических веществ, обращения за медицинской помощью и лечения в реабилитационных центрах до возвращения к привычному образу жизни, употреблению наркотиков, совмещению наркотизации с приемом терапии.

Как было отмечено выше, для заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем также характерна «волнообразная» динамика совладания со стрессом болезни. На начальном этапе болезни характерны такие переживания, как страх смерти, шок, депрессия, отрицание болезни, избегание мыслей о ВИЧ-инфекции. На последующем этапе, с началом проявления симптомов болезни, человек начинает поиск информации о ней, обращается за медицинской помощью, начинает принимать терапию. Этот период позитивной динамики совладания может продолжаться примерно 5–8 лет. В это время выявлена склонность дистанцироваться от других людей, что со временем усиливает чувство собственной отверженности и одиночества. Полученные результаты и описание динамики можно сравнить со «штормом», разной силы волнами у людей с наркотическим способом заражения ВИЧ. У респондентов другой группы (половой способ заражения) динамику совладания можно сравнить с отсутствием «шторма», с периодами затишья, штиля [Шаргородская, Сапоровская, Крюкова, 2016].

Проиллюстрируем данные положения с помощью некоторых случаев.

И., 29 лет, по его словам, употреблял наркотики 6 лет. В какой-то момент бросил и год не принимал наркотические средства. Когда обследовался и обнаружили ВИЧ, пережил шок, страх, началась депрессия, тогда же решил, что жизнь закончилась, и он стал опять употреблять наркотики. Это длилось три года, затем родственники отправили его на лечение в реабилитационный центр. Отмечал тяжесть трезвости и работы над собой, но мать о ВИЧ не знает. Год прожил в реабилитационном центре, решил больше никогда не употреблять. Но когда окружение его не приняло, на работу не взяли, опять стал употреблять наркотики. Попал в тюрьму, отбыл наказание три года, а когда вышел, то твердо решил, что будет вести правильный образ жизни.

Ю., 37 лет, рассказала, что сдавала кровь как донор, где ей сообщили о диагнозе. Испытала шок, были истерики, пережила страх одиночества, разглашения диагноза, запой. Употребляла алкоголь три месяца, но бросила пить и вернулась к прежней жизни, начала работать, поняла, что жизнь не кончилась. Когда все стало налаживаться, познакомилась с мужчиной; сейчас ждет ребенка, все мысли о его будущем. Она принимает терапию, о диагнозе старается не вспоминать.

Важно отметить, что суицид является одной из самых деструктивных форм защитного и совладающего поведения ради ухода от / избегания невыносимого стресса бытия. Получая информацию о течении ВИЧ-инфекции, люди, живущие с ВИЧ, начинают задумываться о суициде, а некоторые заканчивают жизнь самоубийством. В нашем исследовании отражены данные, где по шкале суицидальных мыслей положительных ответов получено 3%. Также была выявлена связь между такими шкалами, как *Наличие суицидных мыслей*, икопинг-стратегией *принятие ответственности* (методика ОСС–WCQ): $R = 0,575$; $p = 0,03$, что объясняется осознанием последствий суицида, в том числе для близких людей. С помощью *принятия ответственности* мысли о суициде остаются мыслями. Эти мысли испытуемый принимает как неизбежные, с ними живет.

Низкая степень субъектности ВИЧ-инфицированного человека отражается в переживании им собственного бессилия, невозможности воздействовать и управлять обстоятельствами и собой, что усиливает позицию «жертвы» и снижает адаптационный потенциал человека. Также немаловажным фактором, влияющим на суицидальные мысли и действия, является высокий уровень социального одиночества ВИЧ-инфицированных людей, который свидетельствует об их социальной дезадаптации. Выявлены случаи отвержения заразившихся близкими людьми, семьей (40% испытуемых), тогда как половина членов нашей выборки (всего 130 чел.) вообще предпочитают не посвящать близких в свою проблему.

Кроме названных факторов, пол также может быть отнесен к условиям совладания: нами выявлены половые различия в способах совладания ВИЧ-инфицированных респондентов. В частности, получены достоверно значимые различия между инфицированными мужчинами и женщинами по выраженности *деструктивного* совладания ($\chi^2 = 10,93$, $p = 0,001$). Для мужчин в ситуации болезни (55%) более характерно деструктивное совладание, чем для женщин (23%). Мужчины чаще используют деструктивные способы, направленные на саморазрушение личности. У женщин, казалось бы, меньше выражено деструктивное совладание и несовладание со стрессом инфицирования ВИЧ. Однако копинг, ориентированный на *избегание* ($\chi^2 = 6,41$, $p = 0,011$), более характерен для женщин (72%), чем для мужчин (47%). Возможно, он адаптивен в условиях практической неподконтрольности ситуации болезни. Мы отмечаем, что большинству наших респондентов присущ способ совладания *бегство-избегание*, но при этом у женщин он проявляется значительно чаще, чем у мужчин. Уровень одиночества и депрессивности, качество общения и доверия (возможность открытости диагноза); динамика переживания стресса постановки диагноза и жизни с ВИЧ оказывают непосредственное влияние на способы совладания, обуславливая выбор конкретных копинг-стратегий с течением времени.

Выводы

Социальная сеть ВИЧ-инфицированных людей чрезвычайно мала за счет их стигматизации, социального отвержения и их собственного дистанцирования от других, что называется «двойной стигмой». В основном, зараженные ВИЧ остаются один на один со своими переживаниями из-за страха разглашения диагноза, страха быть отвергнутыми, что является психологическим барьером для общения с другими, для доверия к миру и людям. Респонденты данной выборки представляют собой группу людей как носителей особой субкультуры, создающейся на основе их внутренней картины опасной и неожиданной болезни, вырванных болезнью из привычного жизненного

контекста в особый контекст, где преобладают пессимизм и депрессивные настроения, а их совладающее поведение имеет, в основном, неконструктивный характер.

Динамике совладания у ВИЧ-инфицированных присущи такие феноменологические закономерности: их копинг является волнообразным динамическим процессом, представляющим собой смену циклов конструктивного и деструктивного совладания. Люди плохо совладают или не совладают со стрессовой ситуацией постановки диагноза «ВИЧ-инфекция», далее находятся в состоянии хронического стресса, обусловленного неизлечимой болезнью, что накладывает негативный отпечаток на дальнейшее качество их жизни, а это нередко приводит к мыслям о суициде.

Уровень одиночества, особый неблагоприятный социокультурный контекст, проблемы общения и доверия, уровень депрессивности и динамика переживания стрессов (постановки диагноза ВИЧ и жизнь с ним) являются важными факторами, оказывающими влияние на совладающее поведение людей, живущих с ВИЧ, которое является специфичным, а изменения копинга непосредственно обусловлены вышеперечисленными независимыми переменными.

Литература

Богданова Л.С. Совладающее со стрессом поведение мужчин с онкоурологическим заболеванием. В кн.: Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе, Материалы II международной научно-практической конференции. Кострома, 2010. С. 78.

Бодалев А.А. Психология общения. Энциклопедический словарь. М.: Когито-центр, 2011.

Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. Кострома: КГУ им. Н.А.Некрасова, 2010.

Крюкова Т.Л., Шаргородская О.В. Одиночество как барьер в совладании с болезнью (ВИЧ-инфекции). Вестник Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова: Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокенетика, 2014, 3(20), 152–156.

Крюкова Т.Л., Шаргородская О.В. Социокультурный контекст копинга в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции). Вестник Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова, 2012, 18(4), 135–142.

Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Кострома: Авантитул, 2007.

Крюкова Т.Л., Екимчик О.А. Результаты начального варианта русскоязычной «Шкалы одиночества» Дж.Гервельт и Т. фон Тилбурга. Вестник Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика, 2013, 19(4), 63–74.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

Шаргородская О.В. Открытость диагноза ВИЧ как ресурс в совладании с болезнью. В кн.: Т.Л. Крюкова (Ред.), Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие: материалы IV Международной научно-практической конференции, Кострома, 22–24 сентября 2016 г. Кострома: КГУ им. Н.А.Некрасова, 2013. С. 80–85.

Шаргородская О.В. Общение ВИЧ-инфицированных людей как ресурс совладания в психологическом консультировании. Тезисы Международной конференции молодых ученых

«Ломоносов 2015». Москва, 2015. www.lomonosov-msu.ru

Шаргородская О.В., Сапоровская М.В., Крюкова Т.Л. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса. Вестник КГУ им. Н.А.Некрасова, 2015, 21(4), 138–143.

Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. International Journal of Behavioral Medicine, 1997, 4(1), 92–100.

Поступила в редакцию 25 августа 2016 г. Дата публикации: 31 октября 2016 г.

[Сведения об авторе](#)

Шаргородская Ольга Владимировна. Аспирант, кафедра социальной психологии, институт педагогики и психологии, Костромской государственной университет, ул. Дзержинского, д. 17, 156005 Кострома, Россия.
E-mail: bespalova75@mail.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Шаргородская О.В. Влияние диспозиционных и социальных факторов на выбор совладающего поведения в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции). Психологические исследования, 2016, 9(49), 7. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Шаргородская О.В. Влияние диспозиционных и социальных факторов на выбор совладающего поведения в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 49. С. 7. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг)[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n49/1328-shargorodskaya49.html>

[К началу страницы >>](#)