

УДК 616.98

<http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-51-58>

СТЕРЕОТИПЫ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РОСТУ ЭПИДЕМИИ

© ^{1,2}Д. В. Антонова, ^{1,3,4}В. В. Бочаров, ¹Н. С. Хрусталева¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия²Санкт-Петербургский благотворительный фонд «Гуманитарное действие», Россия³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, Россия⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования являлось изучение общепринятых искаженных представлений о ВИЧ-инфекции как предиктора роста эпидемии и как фактора, ухудшающего исходы заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 136 человек (50 лиц с гемоконтактным и 50 с гетеросексуальным путем заражения, 36 лиц без ВИЧ). Методы исследования — использовалась специальная клиническая карта и авторская анкета, позволяющая регистрировать особенности рискованного поведения, связанного с заражением, и характеристики жизненной ситуации болезни. Статистическая обработка включала вычисление первичных статистик, критерия Фишера, ANOVA.

Результаты. Во всех группах отмечалась частая встречаемость искаженных представлений о ВИЧ-инфекции. Установлено отсутствие различий между заболевшими и здоровыми лицами по частоте тестирования на ВИЧ-инфекцию. Выявлены особенности жизненной ситуации болезни, связанные со способом передачи заболевания. Установлено наличие различий между ВИЧ-положительными лицами с разными путями заражения по частоте поздней диагностики, наличия СПИД, отказа от лечения. Результаты определяют необходимость повышения информированности населения о заболевании и коррекции искаженных представлений о нем.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, убеждения о ВИЧ, представления о ВИЧ, гетеросексуальный путь заражения

Контакт: Антонова Дарья Владимировна, peaceineverybody@gmail.com

STEREOTYPES OF REPRESENTATIONS ABOUT HIV, CONTRIBUTING TO THE EPIDEMIC GROWTH

© ^{1,2}Darya V. Antonova, ^{1,3,4}Victor V. Bocharov, ¹Nelli S. Chrustaleva¹St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia²The Humanitarian Action Foundation, St. Petersburg, Russia³St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia⁴V. M. Bekhterev' National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

The aim of the study was to explore the common misconceptions about HIV as a determinant of the HIV epidemic growth and as a factor affecting disease outcomes.

Materials and methods. The study involved 136 persons (50 persons with blood-borne infection route, 50 persons with heterosexual transmission, 36 persons without HIV). As research methods a special clinical map was used, as well as an author's questionnaire, which allows to register the characteristics of risky behavior in relation to infection and the characteristics of the life situation of the disease. Statistical data processing included the definition of primary statistics, the Fisher criterion, ANOVA.

Study results. A frequent occurrence of distorted representations about HIV was noted in all groups. It has been established that people living with HIV and healthy respondents do not differ in the frequency of HIV testing. The features of the life situation of the disease related to the method of the disease transmission were revealed in the study. It has been established that people living with HIV with different infection route differ in the frequency of late HIV diagnosis, the presence of AIDS, refusal of treatment. The results determine the need to increase public awareness of the disease and correct distorted representations about it.

Key words: HIV, HIV beliefs, HIV representations, heterosexual transmission

Contact: Antonova Darya Vladimirovna, peaceineverybody@gmail.com

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Антонова Д.В., Бочаров В.В., Хрусталева Н.С. Стереотипы представлений о ВИЧ-инфекции, способствующие росту эпидемии // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2020. Т. 12, № 3. С. 51–58, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-51-58>.

Conflict of interest: the authors stated that there is no potential conflict of interest.

For citation: Antonova D.V., Bocharov V.V., Chrustaleva N.S. Stereotypes of representations about HIV, contributing to the epidemic growth // *HIV infection and Immunosuppressive Disorders*. 2020. Vol. 12, No. 3. P. 51–58, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-51-58>.

Введение. Эпидемия ВИЧ-инфекции в мире неуклонно растет¹. Россия по темпам роста эпидемии занимает одну из лидирующих позиций [1, 2]. Количество впервые зарегистрированных случаев ВИЧ в 2017 г. составило 71,1 на 100 тыс. населения². Общее число ВИЧ-инфицированных лиц в России составляет 1,8% населения. Патологический процесс заболевания является причиной 1% всех смертей и 50% смертей от инфекционных заболеваний [3, 4].

В структуре передачи ВИЧ наблюдаются существенные изменения. Гетеросексуальный путь заражения вышел на первый план по сравнению с другими путями как во всем мире, так и в России¹. 59% впервые зарегистрированных случаев ВИЧ в России в 2018 г. приходились на гетеросексуальный путь передачи¹. Изменения в структуре передачи ВИЧ свидетельствуют об отнесенности к группам риска всего населения страны. Тем не менее подобные изменения не могут являться причиной отказа от проведения профилактических мероприятий в «традиционных» группах риска, в которых сохраняются высокие показатели распространения ВИЧ [5, 6].

Различные факторы способствуют увеличению уровня заболеваемости ВИЧ. Среди них особое значение имеет низкая информированность о заболевании среди населения страны [4]. Помимо этого, на рост заболеваемости влияют общепринятые иррациональные убеждения («мифы»), общественные стереотипы и искаженные представления о ВИЧ (в частности, о группах риска по отношению к заболеванию) [4]. Подобные убеждения ускоряют прогрессирование болезни и ухудшают ее исходы за счет того, что заболевшие несвоевременно, с большим опозданием обращаются

за медицинской помощью, что существенно снижает эффективность терапии [7–9]. Изменения в структуре передачи ВИЧ, по нашему мнению, исходя из описываемых данных, представляются связанными с общепринятыми убеждениями о заболевании.

ВИЧ-инфекция оказывает выраженное влияние на психологическое состояние пациента, снижает уровень социальной адаптации и качество жизни [4, 10]. Хронический характер болезни, сложность и многогранность ее клинической картины оказывают выраженное влияние на функционирование ВИЧ-положительного лица и исходы заболевания³ [10]. На фоне прогрессирования ВИЧ возникает патопсихологическая симптоматика разной степени выраженности, в частности депрессивные, тревожные, фобические, обсессивно-компульсивные расстройства [3, 14]. Обращает на себя внимание возможность усугубления имеющейся симптоматики психических расстройств, наличие которой снижает уровень приверженности антиретровирусной терапии (АРВТ)⁴ [5].

АРВТ снижает контагиозность пациента, увеличивает продолжительность его жизни и служит целям профилактики ВИЧ-инфекции [4, 11]. Несмотря на наличие эффективной АРВТ, диагностика ВИЧ-инфекции зачастую происходит на поздних стадиях заболевания, что способствует ухудшению его исхода [9, 11]. Позднее начало приема АРВТ снижает вероятность полного восстановления иммунной системы организма [11]. Подобная картина может формироваться в том числе под влиянием общепринятых иррациональных убеждений о ВИЧ, заключающихся в отрицании рисков заражения, необходимости лечения и возможности передачи ВИЧ партнерам [11, 12].

¹ World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2018. 86 p.

² Там же.

³ ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство: краткое издание / Ассоциация медицинских обществ по качеству; гл. ред. В. В. Покровский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 521 с.

⁴ Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: учебное пособие / Укр. воен.-мед. акад. МО Украины. СПб.: ГБОУ ВПО РОСТГМУ Минздравсоцразвития России, 2013. 87 с.

Обозначенные факты определяют важность изучения убеждений о ВИЧ-инфекции во всех исследуемых группах.

Целью данного исследования являлось изучение представлений и убеждений о ВИЧ-инфекции у лиц с положительным ВИЧ-статусом с зависимостью и без зависимости от психоактивных веществ. В задачи исследования дополнительно входило изучение социальных характеристик обозначенных групп. Анализ убеждений о ВИЧ в группах ВИЧ-инфицированных лиц и здоровых респондентов позволяет сделать представления об эпидемии ВИЧ-инфекции и ее особенностях более полными, что, в свою очередь, позволяет подходить к проблеме конструирования профилактических программ более рационально, с учетом последних тенденций и особенностей групп риска.

Материалы и методы. Клинико-психологический этап исследования проводился в Санкт-Петербурге в период с января по май 2019 г. В отношении всех респондентов соблюдался принцип конфиденциальности, все респонденты ознакомились с информированным согласием и подписали его.

В исследовании приняли участие 136 человек в возрасте от 22 до 65 лет, $M=37,13 \pm 7,89$, 64,7% женщин и 35,3% мужчин. Были обследованы лица с разными путями заражения ВИЧ: гемоконтактным (1-я группа) и гетеросексуальным (2-я группа). В 1-ю группу вошли 50 ВИЧ-положительных респондентов, являющихся потребителями инъекционных наркотиков, в возрасте от 22 до 59 лет ($M=38,26 \pm 5,79$; 64% женщин, 36% мужчин). Респонденты данной группы находились на лечении во 2-м отделении реабилитации Санкт-Петербургской городской наркологической больницы и в стационаре Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Во 2-ю группу вошли 50 ВИЧ-положительных респондентов, не являющихся потребителями наркотиков в возрасте от 29 до 65 лет ($M=40,64 \pm 8,74$; 62% женщин, 38% мужчин). Респонденты данной группы находились на лечении в стационаре Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. В группу нормативного контроля вошли 36 человек в возрасте от 25 до 45 лет ($M=30,69 \pm 4,76$; 69,4% женщин, 30,6% мужчин). Обследование респондентов данной группы осуществлялось в Санкт-Петербургском государственном университете на факультете психологии.

Критериями включения в исследование для 1-й группы являлись наличие положительного ВИЧ-

статуса, опыта употребления наркотиков инъекционным путем и ремиссия длительностью не менее 1 месяца. Критериями включения для 2-й группы были наличие положительного ВИЧ-статуса и отсутствие опыта употребления наркотиков инъекционным путем. Критериями включения для контрольной группы являлись наличие отрицательного ВИЧ-статуса, отсутствие других венерических заболеваний и опыта употребления наркотиков инъекционным путем. К критериям невключения в исследование относились наличие грубых психических и интеллектуальных расстройств в анамнезе или на момент обследования, тяжелых соматических заболеваний в стадии обострения, гомо- и бисексуальной ориентации (регистрировалась только для лиц мужского пола на основе самоотчета), возраст до 18 лет.

Были использованы следующие методы исследования.

1. Анамнестический метод. Применялась специально разработанная клиническая карта. Она заполнялась на основе беседы с психиатром-наркологом. Заполнение осуществлялось до начала участия респондента в исследовании. На основании полученных из карты данных делался вывод о соответствии респондентов критериям исследования, осуществлялось их разделение на группы и сопоставление данных с самоотчетом респондента.

В клинической карте отражены следующие характеристики: наличие ВИЧ и основные медицинские показатели (количество иммунных клеток и уровень вирусной нагрузки), наличие опыта приема АРВТ и его длительность, приверженность лечению (наличие перерывов в приеме АРВТ, их количество, общая длительность); наличие опыта употребления инъекционных наркотиков и отсутствие данных веществ в организме на момент обследования, сроки опыта употребления инъекционных наркотиков и сроки ремиссии, отсутствие грубых интеллектуальных, психических расстройств в актуальном состоянии и в анамнезе, отсутствие тяжелых соматических патологий в стадии обострения.

2. Применялась специально разработанная авторская анкета «Риск заражения и ситуация болезни», которая регистрирует социально-демографические данные, особенности опыта употребления инъекционных наркотиков и сексуального поведения, основные характеристики ситуации болезни. Отсутствие аналогов в доступной литературе обусловило создание анкеты. Апробация производилась на группе, которая включала в себя 50 лиц,

регулярно употребляющих инъекционные наркотики и не находящихся в состоянии ремиссии (возраст от 19 до 52 лет, $M=35,1 \pm 6,74$; 58% женщин, 42% мужчин). Целостное видение контекста заболевания ВИЧ-инфекция определяло понимание жизненной ситуации болезни. В основе такого понимания лежит ситуационный подход, который разрабатывается в отечественной психологии [13].

В настоящей статье представлена часть данных, полученных посредством анкеты. К рассматриваемым характеристикам относятся: частота тестирования на ВИЧ, время обнаружения ВИЧ и причина тестирования при этом, иммунный статус, уровень вирусной нагрузки, наличие опыта приема АРВТ, наличие перерывов в приеме и их причины, количество перерывов по немедицинским причинам. К статистическим методам обработки данных относятся: вычисление первичных статистик, определение критерия Фишера (угловое преобразование Фишера), ANOVA.

Результаты и их обсуждение. 1. *Анализ социально-демографических характеристик.* Основные группы значимо не различались по возрасту. Возраст здоровых респондентов ниже, чем в основной группе ($p=0,000$). Полученные данные могут объясняться особенностями выборки (таблица).

В 1-й и 2-й группах обнаружены статистически значимые различия по уровню образования. Во 2-й группе отмечался относительно больший уровень образования ($\phi=2,3$; $p=0,05$). В группе потребителей наркотиков отсутствовали случаи наличия высшего образования, низкий уровень образования (среднее общее и незаконченное среднее общее) наблюдался в 48% случаев. Во 2-й группе низкий уровень образования отмечался лишь в 26% случаев.

Сравнение с контрольной группой выявило относительно больший уровень образования у здоровых респондентов ($\phi=4,99$; $p=0,01$). Низкий уровень образования является фактором риска вовлечения в рискованные сексуальные практики и, соответственно, фактором риска заражения ВИЧ [7, 21]. ВИЧ-инфицированные лица имели более низкий уровень образования. Результат, полученный в 1-й группе, находит подтверждение в литературе — у потребителей наркотиков низкий уровень образования встречается чаще, чем в общей популяции [17, 18].

Распределение респондентов в зависимости от частоты наличия самостоятельного заработка было следующим. Статистически значимые различия в основных группах не были обнаружены. В 1-й группе 54% респондентов сообщали о наличии

Таблица

Описательные статистики (сравнение основных и контрольной групп по возрасту)

Table

Descriptive statistics (comparison of the main and control groups by age)

| | | Количество обследованных | Среднее | Стандартное отклонение |
|----------------|-------------|--------------------------|---------|------------------------|
| Группа | Основная | 100 | 39,45 | 7,501 |
| | Контрольная | 36 | 30,69 | 4,768 |
| | Итого | 136 | 37,13 | 7,886 |
| Путь заражения | Кровь | 50 | 38,26 | 5,799 |
| | Половой | 50 | 40,64 | 8,745 |
| | Итого | 100 | 39,45 | 7,501 |

В группе ВИЧ-положительных лиц часто регистрируется несвоевременное обращение за медицинской помощью, что особенно характерно для потребителей наркотиков [14–16]. Следовательно, представители основной группы могли быть старше по возрасту, чем здоровые респонденты.

Основные и контрольная группа значимо не различались по характеристике «Семейное положение». В 1-й группе чаще отмечалось отсутствие постоянного партнера, однако различия не были значимыми.

Распределение респондентов в зависимости от уровня образования было следующим (рис. 1).

самостоятельного заработка, во 2-й группе — 66%. Сравнение с контрольной группой выявило относительно большую частоту наличия подобных случаев у здоровых респондентов (86,1%; $\phi=3,11$, $p=0,01$). Полученные данные отражают медикопсихосоциальное неблагополучие, которое является фактором риска заражения ВИЧ и достаточно часто наблюдается у ВИЧ-инфицированных [18].

2. *Анализ некоторых аспектов ситуации болезни.* Сравнение основных групп по частоте прохождения тестирования на ВИЧ до обнаружения заболевания выявило следующее. Статистически значимые различия не были обнаружены. В 1-й

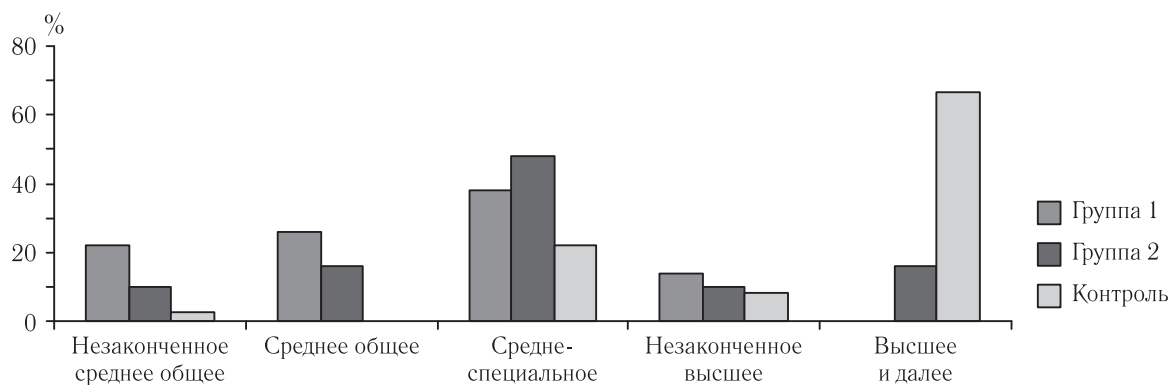


Рис. 1. Распределение респондентов основных и контрольной групп по уровню образования
Fig. 1. Distribution of respondents of the main and control groups by level of education

группе 48% респондентов сообщали о прохождении тестирования на ВИЧ один раз в течение жизни, во 2-й группе однократное тестирование отмечалось в 62% случаев. У большинства ВИЧ-инфицированных тестирование на ВИЧ до обнаружения заболевания наблюдалось редко.

Сравнение с контрольной группой выявило относительно большую частоту встречаемости случаев прохождения тестирования на ВИЧ в течение жизни у респондентов 1-й и 2-й групп, чем в группе контроля ($\phi=1,66$; $p=0,05$). Здоровые респонденты отмечали отсутствие опыта прохождения тестирования в 27,8% случаев, наличие однократной сдачи анализов — в 13,9% случаев. Результаты свидетельствуют о высоком уровне искаженности представлений и иррациональности убеждений в отношении ВИЧ как у ВИЧ-положительных лиц, так и у здорового населения. Подобные убеждения влияют на адекватность оценки опасности заражения, своевременность диагностики заболевания, рост эпидемии и, вероятно, на выход гетеросексуального пути передачи ВИЧ на первое место по сравнению с другими путями заражения [5, 7, 9, 19].

Производился анализ частоты случаев самостоятельного прохождения тестирования на ВИЧ. Статистически значимые различия в основных группах не были обнаружены. В 1-й группе 34% респондентов сообщали о самостоятельном желании тестироваться на ВИЧ, во 2-й группе — 30%. В основных группах были обозначены следующие причины обязательной диагностики: поступление в наркологический центр, в места лишения свободы, прохождение медицинской комиссии при приеме на работу, ожидаемая полостная операция, беременность. Первые два варианта ответов встречались только в группе потребителей наркотиков.

Результаты относительно частоты самостоятельного тестирования могут быть обусловлены выра-

женной стигматизацией в группе ВИЧ-положительных лиц, которая достаточно часто проявляется со стороны медицинского персонала [7–9, 19]. Стигматизация в системе здравоохранения является барьером для обращения за медицинской помощью [7, 8]. Результаты во 2-й группе могут быть дополнительно обусловлены описанными выше иррациональными убеждениями, заключающимися в убеждении о собственной неуязвимости к ВИЧ.

Безусловно, в рамках профилактических мероприятий требуется проведение психокоррекции обозначенных иррациональных убеждений во всех группах населения. Частота включения данного мероприятия в программы профилактики, осуществляемые медицинскими учреждениями, не является достаточно высокой, что снижает эффективность профилактических мероприятий в целом.

Далее производился анализ клинических характеристик заболевания ВИЧ-инфекция.

Обнаружены статистически значимые различия между основными группами по частоте встречаемости ранней постановки диагноза ВИЧ-инфекция. В 1-й группе чаще наблюдалась ранняя постановка диагноза ($p=0,000$).

Следует отметить, что недавняя постановка диагноза ВИЧ-инфекция (в течение последних 5 лет) наблюдалась у 26% респондентов 1-й группы и у 58% респондентов 2-й группы. У 42% лиц с положительным ВИЧ-статусом постановка диагноза произошла в недавнее время. Полученные данные в некотором смысле согласуются с обозначенными ранее результатами. В группе потребителей наркотиков наблюдалась относительно большая частота тестирования на ВИЧ до постановки диагноза, что может быть обусловлено большей вероятностью прохождения обязательного тестирования.

Далее производилось сравнение основных групп по количеству лиц с недавней постановкой диагноза

и иммунным статусом, соответствующим стадии СПИД (рис. 2). Были обнаружены следующие статистически значимые различия. Во 2-й группе регистрировалось относительно большее количество случаев диагностики ВИЧ на стадии СПИД — 48,3% случаев по сравнению с 15,4% в 1-й группе ($\phi=2,18$; $p=0,01$). Дополнительно отметим, что в 1-й группе количество случаев СПИД было значимо ниже, чем во 2-й группе — 22% по сравнению с 58% ($\phi=3,775$; $p=0,01$). Средний уровень CD4 составил $263,27 \pm 21,34$ клеток, в 1-й группе этот уровень был равен $317,18 \pm 29,49$, во 2-й группе — $209,36 \pm 29,18$. Следовательно, у ВИЧ-положительных лиц, не имеющих опыта употребления инъекционных наркотиков, примерно в половине случаев регистрировалась поздняя диагностика ВИЧ уже на стадии СПИД. Подобная картина, безусловно, влияет на исходы заболевания.

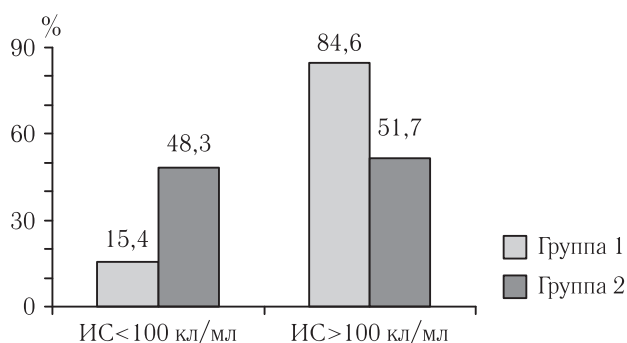


Рис. 2. Распределение респондентов основных групп с недавней постановкой диагноза ВИЧ-инфекция и иммунным статусом, соответствующим стадии СПИД

Fig. 2. Distribution of respondents from major groups with a recent diagnosis of HIV and AIDS-related immune status

Полученные результаты могут быть обусловлены следующими факторами. Потребители наркотиков на момент обследования находились на лечении в Санкт-Петербургской городской наркологической больнице и в стационаре Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, в которых диагностика ВИЧ является неотъемлемой частью лечения. В условиях, отличных от описанных, количество потребителей наркотиков с ВИЧ-инфекцией, находящейся на стадии СПИД, могло быть значительно выше в силу того, что у потребителей наркотиков достаточно часто наблюдается несвоевременное обращение за медицинской помощью [9, 14–16]. Поздняя диагностика ВИЧ в группе потребителей наркотиков может быть обусловлена влиянием обозначенных выше факторов: редкого прохождения тестирования на ВИЧ и наличия иррациональных

убеждений о собственной неуязвимости к заболеванию [5, 19]. Незнание ВИЧ-статуса является фактором, влияющим на рост эпидемии [3, 4].

Далее производилось сравнение основных групп по уровню вирусной нагрузки. Были обнаружены следующие статистически значимые различия. В 1-й группе наличие неопределяемой вирусной нагрузки наблюдалось чаще, чем во 2-й группе — 42% случаев по сравнению с 16% ($\phi=3,03$; $p=0,01$). Такой результат может быть обусловлен указанными выше факторами: в группе ВИЧ-положительных лиц, не имеющих опыта употребления инъекционных наркотиков, часто встречается поздняя диагностика заболевания и наличие СПИД.

Сравнение основных групп по наличию опыта приема АРВТ выявило следующее. Статистически значимые различия не были обнаружены. В 1-й группе у 76% респондентов отмечалось наличие опыта приема АРВТ, во 2-й группе этот показатель составил 62%. Полученные результаты могут быть обусловлены особенностями выборки. ВИЧ-инфицированные лица на момент обследования находились в медицинских учреждениях, предоставляющих доступ к лечению. Следовательно, у большинства респондентов предсказуемо регистрировался опыт приема АРВТ.

Дополнительно производился анализ данных относительно опыта приема АРВТ среди лиц с недавней постановкой диагноза ВИЧ-инфекция. В 1-й группе количество случаев приема АРВТ при недавней постановке диагноза было значимо ниже, чем во 2-й группе — 21,2% по сравнению с 56% ($\phi=3,03$; $p=0,01$). Следовательно, у лиц без опыта употребления инъекционных наркотиков опыт лечения ВИЧ при недавней постановке диагноза встречается более чем в половине случаев. У потребителей наркотиков достаточно часто наблюдается отказ от обращения за медицинской помощью и низкая приверженность лечению [14, 16, 20]. В том числе следует иметь в виду и часто имеющееся представление у ВИЧ-положительных лиц о необязательности приема АРВТ на ранних сроках заболевания [20].

Сравнение основных групп по количеству и длительности перерывов в приеме АРВТ выявило следующее. Статистически значимые различия не были обнаружены. В 1-й группе наличие перерывов отмечалось у 39,5% респондентов, во 2-й группе — у 48,4%. Среднее время перерыва составило $5,021 \pm 1,23$ мес.

В 1-й группе значимо чаще регистрировались перерывы в приеме АРВТ по немедицинским причинам — 93,3% по сравнению с 60% во 2-й группе

($\varphi=2,316$; $p=0,01$). Респонденты сообщали следующие медицинские причины перерывов в лечении: наличие выраженных побочных реакций (в том числе аллергических), необходимость операционного вмешательства. Немедицинскими причинами перерывов в лечении по сообщениям респондентов были: отрицание наличия диагноза ВИЧ-инфекция, уверенность в бесполезности лечения, нежелание лечиться, предпочтение методов народной медицины, необходимость принимать препараты ежедневно в одно и то же время. Полученные результаты находят свое подтверждение в литературе и согласуются с обозначенными выше фактами — в группе потребителей наркотиков достаточно часто наблюдается низкая приверженность лечению [14, 16, 20].

Заключение. Согласно результатам представленного исследования, у лиц с положительным ВИЧ-статусом регистрировался относительно более низкий уровень социального благополучия, чем у лиц с отрицательным ВИЧ-статусом.

В группе ВИЧ-положительных лиц, не имеющих опыта употребления инъекционных наркотиков, достаточно часто отмечались поздняя диагностика заболевания ВИЧ-инфекция и наличие стадии СПИД. В группе ВИЧ-положительных лиц, имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков, достаточно часто диагноз устанавливался в стационаре при госпитализации, отмечались отсутствие опыта приема АРВТ при ранней постановке диагноза и перерывы в лечении по немедицинским причинам.

Во всех группах респондентов отмечалось достаточно редкое прохождение тестирования на ВИЧ. В группе ВИЧ-положительных лиц прохождение тестирования на ВИЧ по собственному желанию наблюдалось достаточно редко. В группе здоровых респондентов тестирование на ВИЧ встречалось наименее часто. ВИЧ-отрицательные лица имеют в большом проценте случаев искаженные представления о группах риска по отношению к ВИЧ и воспринимают собственное поведение как безопасное.

Искаженность представлений, иррациональность убеждений о ВИЧ-инфекции и редкое тестирование приводят к поздней диагностике заболевания, что при условии низкой приверженности лечению существенно ухудшает клиническую картину ВИЧ-инфекции и увеличивает уровень смертности среди ВИЧ-положительных лиц.

Таким образом, полученные в исследовании данные формируют необходимость повышения уровня информированности населения о заболевании, проведения своевременных и эффективных профилактических мероприятий во всех группах населения (в том числе в «традиционных» группах риска по отношению к ВИЧ-инфекции) с целью предотвращения дальнейшего роста эпидемии. В том числе в рамках проведения мероприятий вторичной профилактики требуется большее внимание уделять коррекции искаженных представлений и иррациональных убеждений о ВИЧ-инфекции у пациентов, что позволит им сохранить здоровье на более длительный срок.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Beyrer C. The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation // *PLoS Med.* 2017. Vol. 14. No. 11. P. e1002462. doi: 10.1371/journal.pmed.1002462.
2. Lunze K. HIV stigma and unhealthy alcohol use among people living with HIV in Russia // *AIDS and Behavior.* 2017. No. 21. P. 2609–2617. doi: 10.1007/s10461-017-1820-8.
3. Гусова А.Д., Цаликова А.А. Психологическое состояние и приверженность к лечению у больных ВИЧ-инфекцией // *Азимут научных исследований: педагогика и психология.* 2016. Т. 5, № 3 (16). С. 249–251. [Gusova A.D., Tsalikova A.A. Psychological condition and adherence to treatment in patients with HIV infection. *Azimuth of scientific research: pedagogy and psychology*, 2016, Vol. 5, No. 3 (16), pp. 249–251 (In Russ.).]
4. Турсунов Р.А. Влияние ВИЧ-инфекции на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД // *Вестник Авиценны.* 2013. № 1 (54). С. 138–148. [Tursunov R.A. The impact of HIV infection on the quality of life of people living with HIV/AIDS. *Bulletin of Avicenna*, 2013, No. 1 (54), pp. 138–148 (In Russ.).]
5. Hirshfield S. Drug use, sexual risk, and syndemic production among men who have sex with men who engage in group sexual encounters // *American Journal of Public Health.* 2015. Vol. 105. No. 9. P. 1849–1858. doi: 10.2105/AJPH.2014.302346.
6. Zhang L. A systematic review and meta-analysis of the prevalence, trends, and geographical distribution of HIV among Chinese female sex workers (2000–2011): implications for preventing sexually transmitted HIV // *International Journal of Infectious Diseases.* 2015. No. 39. P. 76–86. doi: 10.1016/j.ijid.2015.08.014.
7. Davtyan M., Olshansky E.F., Brown B., Lakon C. A grounded theory study of HIV-related stigma in U.S. — based Health Care settings // *Journal of the association of nurses in AIDS care.* 2017. Vol. 28. No. 6. P. 907–922. doi: 10.1016/j.jana.2017.07.007.
8. Gagnon M. Re-thinking HIV-related stigma in Health Care settings: a qualitative study // *Journal of the association of nurses in AIDS care.* 2015. Vol. 26. No. 6. P. 703–719. doi: 10.1016/j.jana.2015.07.005.

9. Turan B. How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes // *AIDS and Behavior*. 2017. Vol. 21. No. 1. P. 283–291. doi: 10.1007/s10461-016-1451-5.
10. Moir S., Chun T.W., Fauci A.S. Pathogenic mechanisms of HIV disease // *Annual review of pathology: mechanisms of disease*. 2011. No. 6. P. 223–248. doi: 10.1146/annurev-pathol-011110-130254.
11. Покровский В.В. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Клинический протокол // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2016. № 6. С. 1–72. [Pokrovsky V.V. et al. National guidelines for follow-up and treatment of HIV patients. Clinical protocol. *Epidemiology and infectious diseases. Actual issues*, 2016, No. 6, pp. 1–72 (In Russ.)].
12. Carlsson-Lalloo E., Rusner M., Mellgren A., Berg M. Sexuality and reproduction in HIV-positive women: a meta-synthesis // *AIDS patient care and STDs*. 2016. Vol. 30, No. 2. P. 56–69. doi: 10.1089/apc.2015.0260.
13. Гришина Н.В. Ситуационный подход: исследовательские задачи и практические возможности // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика*. 2016. № 1. С. 58–68. [Grishina N.V. Situational approach: research tasks and practical possibilities. *Bulletin of St. Petersburg University. Series 16. Psychology. Pedagogy*, 2016, No. 1, pp. 58–68 (In Russ.)].
14. Arnold E.A., Rebhook G.M., Kegeles S.M. «Triply cursed»: racism, homophobia, and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence, and disclosure among young Black gay men // *Culture, health & sexuality*. 2014. Vol. 16, No. 6. P. 710–722. doi: 10.1080/13691058.2014.905706.
15. Donnelly L.R. Stigma experiences in marginalized people living with HIV seeking health services and resources in Canada // *Journal of the association of nurses in AIDS care*. 2016. Vol. 27, No. 6. P. 768–783. doi: 10.1016/j.jana.2016.07.003.
16. Millar B.M., Starks T.J., Gurung S., Parsons J.T. The impact of comorbidities, depression, and substance use problems on quality of life among older adults living with HIV // *AIDS and behavior*. 2017. Vol. 21, No. 6. P. 1684–1690. doi: 10.1007/s10461-016-1613-5.
17. Илюк Р.Д. Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-положительным и ВИЧ-негативным статусами. Сообщение 2: сравнительный анализ личностных характеристик, показателей агрессии и гнева, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, стигматизации, качества жизни // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2016. № 4. С. 25–41. [Ilyuk R.D. A comparative study of the psychosocial, behavioral, and clinical characteristics of HIV-positive and HIV-negative opioid users Part 2 Comparative analysis of personal characteristics, indicators of aggression, anger, coping strategies, stigma, quality and purpose of life. *V.M.Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2016, No. 4, pp. 25–41 (In Russ.)].
18. Шаболтас А.В. *Психологические основы профилактики ВИЧ-инфекции*. СПб.: Скифия-принт, 2015. 694 с. [Shaboltas A.V. *The psychological basis of HIV prevention*. St. Petersburg: Publishing house Skifija-print, 2015, 694 p. (In Russ.)].
19. Емельянова Т.П., Дробышева Т.В., Иванова Д.В., Хашченко Н.Н. Типы социальных представлений о ВИЧ-инфицировании и СПИДе // *Психологический журнал*. 2011. Т. 32, № 4. С. 57–69. [Emelyanova T.P., Drobysheva T.V., Ivanova D.V., Khashchenko N.N. Types of social beliefs about HIV infection and AIDS. *Psychological Journal*, 2011. Vol. 32, No. 4, pp. 57–69 (In Russ.)].
20. George M.S., Lambert H. «I am doing fine only because I have not told anyone»: the necessity of concealment in the lives of people living with HIV in India // *Culture, Health & Sexuality*. 2015. Vol. 17, No. 8. P. 933–946. doi: 10.1080/13691058.2015.1009947.

Поступила в редакцию/Received by the Editor: 07.04.2020 г.

Авторство:

Вклад в концепцию и план исследования — Антонова Д.В., Бочаров В.В., Хрусталева Н.С. Вклад в сбор данных — Антонова Д.В. Вклад в анализ данных и выводы — Антонова Д.В., Бочаров В.В. Вклад в подготовку рукописи — Антонова Д.В., Бочаров В.В., Хрусталева Н.С.

Сведения об авторах:

Антонова Дарья Владимировна — старший лаборант кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»; 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6; психолог Санкт-Петербургского благотворительного фонда «Гуманитарное действие»; ORCID: 0000–0001–8714–9075; SPIN-код: 3638–5952; e-mail: reaseineverybody@gmail.com;

Бочаров Виктор Викторович — кандидат психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2; руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»; доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»; ORCID: 0000–0003–0874–4576; SPIN-код: 2199–6745; e-mail: bochvikvik@gmail.com;

Хрусталева Нелли Сергеевна — доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»; 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6; ORCID: 0000–0002–0598–7479; SPIN-код: 9486–2206; e-mail: hns@mail.ru.