

Мадалиева З., Рогачева И.,  
Садвакасова З.

**О влиянии социально-демографического статуса на эмоциональное состояние ВИЧ-положительных**

В данной статье представлены результаты изучения психологических особенностей ВИЧ-положительных. Проведенное исследование позволило проверить гипотезу о влиянии социально-демографического статуса на эмоциональное состояние ВИЧ-положительных. Было выявлено, что ВИЧ-положительные женщины более тревожны, они склонны проявлять более высокий уровень тревожности, обиды и агрессии, чем ВИЧ-положительные мужчины. У ВИЧ-инфицированных, получивших заражение инъекционным путем, в отличие от лиц, получивших заражение половым путем, значительно повышен уровень реактивной тревожности, при этом они более склонны к проявлению физической агрессии. Между ВИЧ-инфицированными с разным стажем болезни существуют различия в уровне и проявлении агрессивных реакций. У ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию, значительно повышается уровень тревожности и депрессии, ухудшаются показатели психологических состояний, в субъективной картине болезни ухудшаются показатели чувственного компонента, что проявляется в возрастании психосоматических жалоб. Работающие ВИЧ-положительные характеризуются повышением уровня депрессии, тревожности, при одновременном снижении показателей самочувствия, активности, настроения, что можно связать с переживанием психологического стресса.

**Ключевые слова:** эмоциональное состояние ВИЧ-положительных, ВИЧ-инфицированные, депрессия, агрессивность.

Madaliev Z., Rogacheva I.,  
Sadvakasova Z.

**About influence the social and demographic status on the emotional condition of the PLG-positive**

This article is devoted to studying of psychological features PLG (Primate lentivirus group) - positive. The conducted research allowed to check a hypothesis of influence of the social and demographic status on an emotional state PLG (Primate lentivirus group) -positive. It was revealed that PLG (Primate lentivirus group) -positive women are more disturbing, they are inclined to show higher level of uneasiness, offense and aggression, than PLG (Primate lentivirus group) -positive men. At the PLG (Primate lentivirus group) - infected, which got infection with an injection way, unlike the persons who got infection sexually, the level of jet uneasiness is considerably increased, thus they are more inclined to manifestation of physical aggression. Between PLG (Primate lentivirus group) - infected with a different experience of an illness there are distinctions in the level and manifestation of the aggressive reactions. At PLG (Primate lentivirus group) - infected, receiving anti-retrovirus therapy, considerably raises the level of uneasiness and a depression, worsen indicators of psychological-functional states, in a subjective picture of an illness worsen indicators of a sensual component that is shown in increase of psychosomatic complaints.

**Key words:** an emotional state PLG (Primate lentivirus group)-positive, the PLG (Primate lentivirus group) – infected uneasiness, aggression, a depressive state.

Мадалиева З., Рогачева И.,  
Садвакасова З.

**АИТВ жұқтырғандардың эмоционалды жағдайына әлеуметтік-демографиялық статусының әсері туралы**

Бұл мақалада АИТВ (адамның иммун тапшылығы вирусы) жұқтырғандардың психологиялық ерекшеліктері қарастырылған. Жүргізілген зерттеу жұмыстары АИТВ жұқтырған адамдардың эмоционалды жағдайларына әлеуметтік-демографиялық статусының әсері туралы болжамды тексеруге мүмкіндік берді. АИТВ жұқтырған әйелдердің ерлерге қарағанда үрей, реніш және агрессия деңгейі жоғары. АИТВ инфекциясына шалдыққандардың ішінде инъекциялық жолмен жұқтырғандар жыныстық жолмен жұқтырғандарға қарағанда реактивті қорқыныш деңгейі айтарлықтай жоғары, сөйтсе де олар физикалық агрессия көрсетуге бейім. АИТВ инфекциясына шалдыққандардың наукастану мерзімдеріне байланысты агрессиялық реакцияларында айырмашылық байқалады. АИТВ инфекциясына шалдыққандар ішінде антиретровирустық терапия қабылдағандарда қорқыныш пен депрессия деңгейі біршама жоғары, психологикалық жағдайының көрсеткіштері төмендейді, сырқаттың субъективті көрінісінде сезімдік компоненттер көрсеткіштері төмендеп, психосоматикалық шағымдарының өсуіне әкеледі.

**Түйін сөздер:** АИТВ (адамның иммун тапшылығы вирусы) жұқтырғандардың эмоционалды жағдайы, АИТВ инфекциясына шалдыққандар, қорқыныш, үрей, агрессия, депрессивтік күй.

## **О ВЛИЯНИИ СОЦИАЛЬНО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВИЧ- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ**

### **Введение**

Проблема изучения эмоциональных состояний личности в различных процессах жизнедеятельности в настоящее время становится все более актуальной. Высокая динамика жизни человека, интенсификация коммуникативных связей и некоторые другие характерные черты современной эпохи обуславливают необходимость разработки практических психологических средств по увеличению потенциальных возможностей человека, совершенствованию его адаптивных механизмов.

С обнаружением в начале 80-х годов XX века синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) перед медициной совершенно неожиданно возникла проблема, ставшая угрозой самому существованию человечества. В связи с этим становится все более актуальной задача определения ресурсов организма человека и его особенностей эмоциональной сферы для успешного преодоления различных заболеваний, сохранения или повышения способности к выполнению различных видов жизнедеятельности. Крайне важным является определение не только клинического, но и социально-психологического прогноза, от которого зависит успешность адаптации к изменившимся с появлением болезни условиям жизни. Возникла необходимость переориентации ВИЧ-положительных от негативного восприятия создавшегося положения к умению справляться со своими чувствами и эмоциями, текущими проблемами социального и бытового характера, а также содействовать выработке новых форм поведения, способствующих приверженности проводимой АРВ-терапии и навыкам жизни со своим заболеванием.

### **Основная часть**

К сожалению, этим проблемам уделяется недостаточное внимание. Анализ литературы показывает, что работ, посвященных изучению эмоциональной сферы, личностных особенностей, которые могут помочь инфицированному в борьбе с надвигающейся болезнью не только с медицинской, но и психологической точки зрения, очень мало [1, 2, 3, 4, 5]. Они носят разрозненный характер, посвящены отдельным

аспектам и недостаточно систематизированы, что обусловлено сложностью и полимодальностью предмета изучения. Кроме того, недостаточно внимания уделяется проблеме психологических отношений больных, в том числе роли отношений личности в течение и исходе заболевания, хотя доказано, что психологические отношения во многом определяют потенциал личности и являются ее движущей силой [6, 7].

Исследование данной проблемы даст возможность выявить особенности эмоциональной сферы ВИЧ-положительных, которые помогают им адаптироваться к факту вирусоносительства, преодолеть жизненный кризис, мобилизоваться и эффективно использовать компенсаторные механизмы для борьбы с болезнью. Полученные результаты позволят наметить пути и способы психокоррекционной работы по оптимизации эмоциональных состояний, оказывающих положительный эффект на психическое здоровье и существенно влияющих на качество жизни ЛЖВ (людей, живущих с ВИЧ) в целом, что, на наш взгляд, и определяет актуальность данной статьи.

Цель исследования: изучение и описание эмоциональных состояний ВИЧ-позитивных, положительно или отрицательно влияющих на способность организма адаптироваться к сложившимся обстоятельствам и способствующих стабилизации психического здоровья. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить доминирующие эмоциональные состояния ВИЧ-положительных.

2. Выявить различия психологических особенностей ВИЧ-положительных в зависимости от их социально-демографических характеристик.

Гипотеза: оказывает ли (пол, стаж заболевания, занятость, способ передачи заболевания и т.п.) влияние на эмоциональное состояние ВИЧ-положительных.

Методы и методики исследования: тест депрессии Бека, Гиссенский опросник соматических жалоб, **тест тревожности Спилберга-Ханина**, методика оценки субъективного отношения к болезни Сердюка, неоконченные предложения Сиднея-Сакса, **тест оперативной оценки самочувствия, активности, настроения «САН»** и тест агрессивности Басса-Дарки.

### *Этапы и процедура исследования*

Эмпирическое исследование проходило в два этапа на базе городского и областного центров по профилактике и борьбе со СПИД в г. Алматы и в г. Иссык. На первом этапе для проведения диагностики эмоциональных состояний ВИЧ-положительных был подобран блок взаимодополняемых и взаимопроверяемых стандартизированных и апробированных диагностических методик и была проведена диагностика.

На втором этапе **полученные результаты исследования** были подвергнуты компьютерной обработке методами математической статистики. С учетом характера распределения объема выборки и методик использовалась непараметрическая статистика: достоверность различий вычислялась с помощью критериев U-Манна Уинти, Н-Краскала-Уолесса и корреляционного анализа Спирмена, факторного анализа.

Выборку составили 54 ВИЧ-положительных. Из них инфицированных половым путем 17 человек, парентеральным – 37, из них женщин 20 (пол – 13, ПИН – 7), мужчин 34 (пол – 4, ПИН – 30), больных туберкулезом 8 человека (3 женщины, 5 мужчин), принимают АРВ терапию 11 человек (8 женщин, трое мужчин), работающие – 19 (ж – 6, м – 13), не работающие – 35 (ж – 13, м – 22), верующих – 7 (ж – 2, м – 5), возраст испытуемых от 21 до 63 лет (ж – от 21 – 63 л, м – от 23 – 56 л), положительный статус составил период от 1 месяца до 13 лет. **Таким образом, средний возраст испытуемых составил 35,7 лет**, в том числе: у женщин 34,1; у мужчин 36,7. Средние показатели наличия положительного статуса ВИЧ инфекции – 4,5 года, у женщин – 3,6 лет, у мужчин 5,1.

### *Полученные результаты исследования*

Рассмотрим особенности проявления психологических реакций в зависимости от способа заражения. В настоящее время выделено 2 основных пути **передачи ВИЧ-инфекции: инъекционный** (далее по тексту ПИН – потребители инъекционных наркотиков) и **половой** (далее по тексту ПОЛ). В тексте статьи в таблицах отражены результаты статистической обработки данных только по показателям, имеющим статистическую значимость, показатели, не имеющие значимых различий, не отражены в таблицах.

**Таблица 1** – Средние показатели в зависимости от способа заражения

Показатели	ПИН		ПОЛ		Уровень значимых различий***
	М*	m**	М	М	
Реактивная тревожность	45,30	8,97	39,59	8,54	0,03
Ограничение удовольствий	2,84	1,38	1,47	0,80	0,001
Ограничение карьеры	2,57	1,28	1,82	0,95	0,05
Отношение к работе	2,43	1,32	1,65	1,06	0,04
Раздражение	5,03	1,82	3,88	1,45	0,04

Примечание.  
 \* - среднее арифметическое значение;  
 \*\* - стандартное отклонение;  
 \*\*\* - достоверность различий, вычисленная с помощью критерия Манна-Уитни

По показателям, отраженных в таблице 1, видно, что у ВИЧ-положительных (ПИН) значительно повышен уровень реактивной тревожности, при этом они более склонны к проявлению физической агрессии, то есть они более **склонны к дракам и другим асоциальным** поступкам, связанными с проявлениями физической агрессии. Полученные данные по методике Сердюка свидетельствуют, что для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)

ВИЧ-инфекция связана с необходимостью отказа от привычных способов получения удовольствия (прежде всего от «кайфа»), также они видят в ней причину ограничений в профессиональной сфере.

Рассмотрим влияние продолжительности болезни на психологическое состояние испытуемых. Для этого мы распределили испытуемых на три группы в зависимости от стажа болезни: до года, до 5 и до 10 лет.

**Таблица 2** – Средние показатели групп в зависимости от стажа болезни

Показатели	статус до 5 лет						Уровень значимости различий***
	статус до года		статус до 5 лет		статус до 10 лет		
	М*	m**	М	М	М	М	
Ухудшение отношения к больному на работе	1,88	0,85	2,00	0,77	1,49	1,25	0,05
Настроение	4,40	0,97	5,27	1,29	4,47	0,58	0,03
Негативизм	5,88	2,05	3,73	2,33	5,17	0,99	0,08
Подозрительность	5,25	1,79	2,91	1,51	4,54	1,28	0,02
Вербальная агрессия	6,63	1,51	3,82	1,72	5,29	1,30	0,01
Вина	7,63	1,97	5,00	3,03	6,94	1,92	0,03
Индекс враждебности	7,63	1,77	6,55	2,11	6,60	1,85	0,03
Индекс агрессивности	11,88	2,40	6,36	2,50	10,0	2,30	0,00
Депрессия	19,13	4,62	12,64	6,15	17,1	2,42	0,02

Примечание.  
 \* - среднее арифметическое значение;  
 \*\* - стандартное отклонение;  
 \*\*\* - достоверность различий, вычисленная с помощью критерия Манна-Уитни

Как видно из таблицы 2, испытуемые, недавно узнавшие о своей болезни, более раздражительны, обидчивы, подозрительны,

склонны к ауто-агрессии в виде чувства вины, в целом они настроены более враждебно и агрессивно. С увеличением стажа заболевания

эти реакции постепенно уменьшаются, достигая умеренно выраженных значений. Можно предположить, что степень проявления агрессивных реакций связана с переживанием болезни. Как отмечает ряд авторов [6, 7], занимающихся исследованием отношения к болезни, первые реакции на болезнь – это шок, отрицание, возможна агрессия, поиски «виноватого» в болезни, что и демонстрируют выше приведенные исследования. В дальнейшем человек как бы «адаптируется» к своей болезни, привыкает или смиряется, что может сказаться на некотором снижении агрессивных реакций.

Заметно, как меняется динамика активности испытуемых, которая в определенной степени отражает их психофизиологическое состояние. Это косвенно свидетельствует об адаптации к болезни. Более высокую степень влияния болезни на отношения по работе отмечают испытуемые с небольшим стажем болезни.

Определим, оказывает ли влияние наличие или отсутствие антиретровирусной терапии на состояние испытуемых (таблица 3), где «АРВ +» означает то, что человек принимает терапию, а «АРВ –» – не принимает соответствующее лечение.

Таблица 3 – Средние показатели групп в зависимости от активной терапии

Показатели	АРВ+		АРВ-		Уровень значим. различий***
	М*	М*	М	m	
Депрессия	8,09	7,38	8,26	4,43	0,08
Гиссенский опросник шкала <i>Желудочные жалобы</i>	4,91	2,63	2,72	2,67	0,01
Гиссенский опросник шкала <i>Ревматический фактор</i>	10,45	7,16	6,07	4,56	0,05
Гиссенский опросник шкала <i>Сердечные жалобы</i>	7,55	5,73	3,07	3,26	0,01
Гиссенский опросник соматических жалоб <i>Общий балл</i>	31,18	16,80	18,51	13,56	0,02
Реактивная тревожность	48,91	9,49	42,12	8,64	0,03
Личностная тревожность	52,82	10,50	41,81	10,02	0,01
Ограничение ощущения силы и энергии	2,73	1,27	2,02	1,10	0,09
Снижение физической привлекательности	2,45	1,21	1,67	0,99	0,05
Отношение к отцу	3,91	1,92	2,30	1,30	0,01
Отношение к мужчинам (женщинам)	3,09	1,04	2,12	1,24	0,01
Страхи и опасения	2,64	1,29	1,74	1,59	0,05
Активность	4,20	1,46	5,09	1,29	0,07
Физическая агрессия	4,33	1,60	5,57	1,14	0,01
Негативизм	6,00	2,32	4,72	1,96	0,07
Индекс враждебности	8,09	1,30	6,40	1,83	0,00
Примечание. * - среднее арифметическое значение; ** - стандартное отклонение; *** - достоверность различий, вычисленная с помощью критерия Манна-Уитни					

По данным, отраженным в таблице 3, видно, что несмотря на то, что факт лечения оказывает положительное влияние на снижение уровня депрессии (в абсолютных значениях оно небольшое), видно, что у испытуемых, принимающих АРВ - терапию, субъективных дискомфортных ощущений достоверно больше, они чаще жалуются на желудочные боли, интенсивность боли или алгии,

сердечные боли, в целом, показатель субъективных жалоб у них выше в 1,8 раза.

В качестве возможных причин возрастания психосоматических жалоб можно указать на субъективный характер лечения, а также тот факт, что лечение назначается в случае негативной динамики болезни в целом и обладает рядом побочных эффектов.

У принимающих АРВ-терапию выявлен повышенный уровень реактивной и личностной тревожности, они больше и чаще испытывают раздражительность и чувство вины. Очевидно, что данные показатели отражают внутренние переживания по поводу ухудшения здоровья до такой степени, что возникает необходимость в подключении терапии. Данный факт должен заинтересовать не только психологов, но и лечащих врачей, так как он говорит о необходимости проведения разъяснительной работы среди пациентов, принимающих лечение. Врачи сами должны быть готовы к тому, что в период получения лечения пациенты могут быть подвержены невротическим реакциям в большей степени.

Для изучения взаимосвязи **возраста и эмоционального состояния ВИЧ-положительных** нами проведен корреляционный анализ. Получена прямая корреляционная зависимость между возрастом пациентов и реактивной тревожностью  $r = -0,41$ ,  $p < 0,002$  и агрессией  $r = -0,26$ ,  $p < 0,05$ . Это означает, что чем старше ВИЧ-инфицированный, тем **выше его показатель реактивной (темпераментальной) тревожности** и тем выше общий уровень агрессивности.

Рассмотрим влияние еще одного важного фактора – наличие или отсутствие работы (фактор занятости) – на психологические характеристики ВИЧ-положительных испытуемых (см. таблицу 4).

**Таблица 4** – Средние показатели в группе работающих (занятые) и неработающих (не занятые)

	Занятые		Не занятые		Уровень достоверности различий***
	М*	М**	М	М	
Депрессия	6,15	5,70	3,05	4,02	0,02
Гиссенский опросник соматических жалоб шкала <i>Желудочные жалобы</i>	3,79	2,80	2,10	2,45	0,02
Реактивная тревожность	46,06	9,60	39,15	6,48	0,01
Личностная тревожность	46,79	11,06	39,40	9,35	0,02
Ограничение ощущения силы и энергии	2,50	1,21	1,60	0,82	0,01
Ограничение удовольствий	2,65	1,39	2,00	1,30	0,06
Ограничение карьеры	2,62	1,28	1,85	0,99	0,03
Отношение к товарищам	3,50	1,60	2,85	1,39	0,06
Отношение к подчиненным	2,47	1,38	1,70	1,45	0,05
Отношение к работе	2,50	1,31	1,65	1,09	0,02
Сознание вины	5,71	1,96	4,55	1,64	0,02
Отношение к прошлому	4,24	1,35	3,25	1,59	0,04
Цели	3,68	2,06	2,55	1,36	0,03
Самочувствие	4,68	1,75	3,70	1,42	0,05
Активность	4,55	1,31	5,51	1,25	0,01
Настроение	4,39	0,94	5,02	1,09	0,05
Физическая агрессия	4,99	5,70	5,88	0,97	0,01
Негативизм	5,41	5,84	4,25	2,40	0,08
Примечание. * - среднее арифметическое значение; ** - стандартное отклонение; *** - достоверность различий, вычисленная с помощью критерия Манна-Уитни					

Выявлено, что неработающие испытуемые имеют более низкий уровень тревожности и депрессии, их психофункциональные состояния

– самочувствие, активность, настроение субъективно оцениваются более высоко. Работающие же, наоборот, более склонны к тревожно-

депрессивным реакциям, свое самочувствие, активность, настроение они оценивают значительно ниже. Также работающие инфицированные негативно переживают факт ограничения в возможности карьерного роста и развлечений.

Обнаруженные факты могут отражать личностные особенности ВИЧ-положительных и отношение к ним в обществе. Весьма вероятно, что вынужденный или осознанный выход на работу является в значительной мере стрессом для испытуемых, обусловленным отношением социума к этой «постыдной, непристойной» болезни. В отличие от соматических нарушений, восприятие ВИЧ/СПИДа в социуме подвержено влиянию негативных, зачастую необоснованных установок. ВИЧ-положительные в обществе – стигматизированная категория населения, подвергающаяся дискриминации, например, проявляющейся в нежелании работать или учиться с такими больными, несмотря на то, что риск

инфицирования бытовым путём практически исключен. Следует согласиться с мнением тех врачей и психологов, которые считают, что в профилактике ВИЧ/СПИДа важна не только материальная, но и нравственная сторона. ВИЧ-положительные граждане испытывают огромное моральное давление и вынуждены скрывать свой статус, в свой достаточно закрытый круг общения они стараются не допуская посторонних. С учетом эпидемиологической картины и неуклонным ростом заболеваемости, необходимо понимание общества в том, что эта проблема касается каждого из нас, и к этим людям надо относиться с должным пониманием и уважением.

Нами был проведен факторный анализ полученных данных. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS, которая в результате вращения (Варимакс) позволила выявить наиболее важные переменные в структуре психологического статуса ВИЧ-положительных лиц (см. таблицу 5).

Таблица 5 – Факторные нагрузки после вращения

Переменные	Факторы		
	1	2	3
Депрессия	-0,188	0,852	
Реактивная тревожность	-0,157	0,861	0,210
Личностная тревожность	-0,338	0,704	0,374
Самочувствие	0,887	-0,299	-0,165
Активность	0,795		-0,245
Настроение	0,891	-0,280	
Враждебность	-0,234	0,319	0,822
Агрессивность	-0,106		0,914

Выявились 3 главных фактора, определяющих психологический статус ВИЧ-положительных испытуемых:

Фактор «психофункциональное состояние» объясняет 51% дисперсии, в который входят переменные: «настроение» (факторная нагрузка 0,891), «самочувствие» (факторная нагрузка 0,887), «активность» (факторная нагрузка 0,795). На положительном полюсе фактора – положительный настрой, субъективное переживание соматического здоровья и высокая активность человека, на отрицательном – **негативный настрой, ипохондричность и психосоматические нарушения, пассивность.**

Фактор «депрессивно-фобическое расстройство» объясняет 15% дисперсии. В него вошли переменные: «депрессия» (факторная нагрузка 0,852), «реактивная тревожность» (факторная нагрузка 0,861), «личностная тревожность» (факторная нагрузка 0,704). На положительном полюсе – отсутствие депрессивных реакций и низкая тревожность, на отрицательном – депрессивно-фобический невроз.

Фактор «агрессивность личности» объясняет 13% дисперсий. В него вошли переменные: «агрессивность» (факторная нагрузка 0,914) и «враждебность» (факторная нагрузка 0,822). На положительном полюсе – низкий уровень агрессии и отсутствие отрицательного настроения.

в отношении к окружающим, на отрицательном – экстрапунитивные реакции с фиксацией на препятствии, реакции негативизма и обвинения.

### Выводы и заключение

Таким образом, анализ психологических особенностей ВИЧ-положительных испытуемых позволил подтвердить и уточнить гипотезы проведенного исследования о наличии особенностей в психологических характеристиках и переживании болезни у ВИЧ-положительных лиц с разным социально-демографическим статусом (пол, стаж заболевания, занятость, способ передачи заболевания и т.п.).

Гендерные особенности: ВИЧ-положительные женщины более тревожны, они склонны проявлять более высокий уровень тревожности, обиды и агрессии, чем ВИЧ-положительные мужчины. Мужчины по сравнению с женщинами склонны субъективно видеть в болезни ограничение в возможности получения удовольствия (чаще это лица, с наркотической зависимостью получившие заражение инъекционным путем), что можно интерпретировать как большую значимость и фрустрированность у них гедонистических потребностей.

У ВИЧ-инфицированных, получивших заражение инъекционным путем, в отличие от лиц, получивших заражение половым путем, значительно повышен уровень реактивной

тревожности, при этом они более склонны к проявлению физической агрессии. Между ВИЧ-инфицированными с разным стажем болезни существуют различия в уровне и проявлении агрессивных реакций, наиболее высокие показатели агрессивных реакций у лиц со статусом заболевания до 1 года, наиболее низкие – у лиц со статусом заболевания до 10 лет.

У ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию, значительно повышается уровень тревожности и депрессии, ухудшаются показатели психофункциональных состояний, в субъективной картине болезни ухудшаются показатели чувственного компонента, что проявляется в возрастании психосоматических жалоб.

Работающие ВИЧ-положительные характеризуются повышением уровня депрессии, тревожности, при одновременном снижении показателей **самочувствия, активности, настроения**, что можно связать с переживанием психологического стресса.

Выявленные особенности должны стать основой более дифференцированной и индивидуализированной работы психологов и врачей с разными категориями больных. Как показал проведенный анализ, в психологической помощи нуждаются практически все категории ВИЧ-инфицированных лиц, начиная с самых первых дней установления диагноза и на протяжении всего периода заболевания.

### Литература

- 1 Gallo R., Montagnier L. AIDS in 1988 // Sci. Amer. – 1988. – 259. – P. 41-48.
- 2 Miller S. M. Cognitive informational styles in the process of coping with threat and frustration // Advances in Behaviour Research and Therapy. 1989. № 11. P. 223 – 234.
- 3 Покровский В. В. Эпидемиология инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека. Дис. д. м. н. – М., 1990. – 203 с.
- 4 Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-положительным уличным подросткам/Под ред. Р.В.Йорика. 2-е изд. - СПб.: Врачи детям, 2009. – 134 с.
- 5 Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2005. – 288 с.
- 6 Сапарбеков М. К., Шуратов И. Х., Чакликов Т. Е., Лебедев Е.Н., Сулейменова Г.Р. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане. – под редакцией д.м.н. Сапарбекова М. К. – Алматы, 2000. -176с.
- 7 Мадалиева З.Б., Рогачева И. Эмоциональное состояние ВИЧ-положительных//Вестник КазНУ. № 4(51), 2014, с.33- 39.

### References

- 1 Gallo R., Montagnier L. AIDS in 1988 // Sci. Amer. – 1988. – 259. – P. 41-48.
- 2 Miller S.M. Cognitive informational styles in the process of coping with threat and frustration // Advances in Behaviour Research and Therapy. 1989. № 11. P. 223 - 234.
- 3 Pokrovsky V. Epidemiology of infection caused by the human immunodeficiency virus. Dis. d. m. s. – М., 1990. – 203p.
- 4 Guide on HIV prevention and care for HIV-positive street youth / Ed. R.V.Yorika. 2nd ed. - SPb.: Doctors to Children, 2009. – 134 p.
- 5 Kulakov S.A. Fundamentals of psychosomatic medicine. – SPb.: Speech, 2005. – 288 p.
- 6 Saparbekov M.K., Surat I.H., Chaklikov T.E., Lebedev E.N., G.R. Suleimenova Epidemiology and prevention of HIV infection in Kazakhstan. – Edited by MD Saparbekova MK – Almaty, 2000. – 176 p.
- 7 Madaliev Z.B., I. Rogachev emotional state of HIV-positive // Herald TREASURY 4 (51), 2014 (39) p.33-39