

Отношение к жизни, смерти и болезни ВИЧ-инфицированных 20—30 лет

Баканова А.А.

Баканова Анастасия Александровна

доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», наб. р. Мойки, 48, корп. 11, Санкт-Петербург, 191186, Российская Федерация. Тел.: (812) 571-25-69.

E-mail: ba2006@mail.ru

Аннотация. Цель исследования — изучить роль системы отношений ВИЧ-положительных мужчин и женщин к себе, жизни и смерти в формировании отношения к болезни и лечению. Диагностический комплекс включал следующие методики: методику диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), методику смысловых ориентаций (СЖО), самоотношения (ОСО), актуализации экзистенциальных проблем (АЭП) и другие. Результаты проведенного нами исследования показали, что у ВИЧ-положительных мужчин и женщин отличается не только отношение к своему заболеванию, но и его структура в контексте системы «жизнь — смерть». В практической плоскости эти различия могут говорить о необходимости разных акцентов в процессе оказания психологической помощи больным. Адаптивные и неадаптивные типы личностного реагирования на болезнь, характерные для ВИЧ-положительных мужчин и женщин не только взаимосвязаны с различным отношением к болезни и лечению, но также являются «результатом» взаимодействия различных компонентов отношения личности к себе, жизни и смерти. Среди таких значимых компонентов отношения к смерти нами выделены: концепция смерти, смысл смерти, а также уровень актуализации экзистенциальной проблемы смерти (предположительно — страх смерти). Среди значимых компонентов отношения к жизни можно назвать такие, как: смысл жизни, ответственность, принятие жизни и ее изменчивости, вера в возможность контролировать и управлять своей жизнью, в том числе — в ситуациях неопределенности, а также отношение к кризисным ситуациям. Важным представляется тот факт, что актуальность экзистенциальной проблемы смерти играет существенную роль в формировании отношения к болезни и лечению, и может лежать в основе переоценки тяжести заболевания.

Ключевые слова: отношение к болезни; отношение к жизни и смерти; экзистенциальные проблемы; ВИЧ-инфекция.

УДК 159.9:616.98:578.828.6

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Баканова А.А. Отношение к жизни, смерти и болезни ВИЧ-инфицированных 20—30 лет // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 2(31). – С. 4 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 29.01.2015 Прошла рецензирование: 20.02.2015 Опубликовано: 18.03.2015

Введение

Отношение к болезни является для медицинской психологии одним из важнейших отношений в личностной структуре больного, так как именно оно зачастую оказывается определяющим для психотерапии больных с соматическими расстройствами. В этой связи актуальным представляется изучение психологических факторов, детерминирующих формирование такого типа отношения к заболеванию, который позволил бы больному успешно функционировать и удовлетворять актуальные потребности, несмотря на нарушения здоровья, формируя в то же время приверженность лечению. Отношение к жизни и смерти можно рассматривать в данном

случае как наиболее широкий контекст для понимания особенностей функционирования личности с нарушением здоровья, так как, согласно концепции В.Н. Мясищева, отношение к болезни является отражением целостной системы отношений личности [5; 7]. Несомненно, что отношение к жизни и смерти как к базовым категориям, определяющим пространство всего многообразия отношений личности, можно рассматривать в качестве фактора, взаимосвязанного с адаптивными или дезадаптивными типами отношения к болезни как к ситуации, напоминающей, с одной стороны, о смертности, а с другой — о необходимости изменений в жизни. В этом ключе болезнь можно рассматривать как кризисную ситуацию, которая ставит человека перед экзистенциальными вопросами смысла, ответственности, одиночества и страха смерти, а значит, бросает экзистенциальный вызов. Таким образом, в изучении психологических предикторов отношения к болезни важной составляющей, с нашей точки зрения, является **экзистенциальный аспект**, способный не только показать глубину вовлеченности личности в ситуацию болезни, но и раскрыть те аспекты психологической и психотерапевтической помощи, которые будут значимы для исцеления и улучшения состояния больных.

Особую актуальность изучение экзистенциальной ситуации больных приобретает при тяжелых соматических заболеваниях, таких как, например, ВИЧ-инфекция. И, несмотря на то, что, по словам профессора Монтанье, «ВИЧ не ведет к неизбежной смерти» [Цит. по 1], для большинства больных известие об этом диагнозе представляет собой, как утверждал В.В. Покровский, «пример экстремальной ситуации» и воспринимается «как вынесение смертного приговора» [10, с. 124]. Как кризисная жизненная ситуация, наличие ВИЧ-положительного статуса ставит человека перед необходимостью «инвентаризировать» свои представления о жизни и смерти с тем, чтобы найти внутреннюю опору для преодоления жизненного кризиса. Так, А.И. Зинченко, изучая психологические особенности ВИЧ-инфицированных, влияющих на способность организма противостоять разрушающему действию вируса на иммунную систему, пишет о том, что «...не последнее место в замедлении или прекращении темпов прогрессирования иммунодефицита занимают психологические предикторы, включающие в себя личностные особенности ВИЧ-инфицированных, их психоэмоциональное состояние, отношение к проблеме СПИДа, жизненную позицию и ориентацию на будущее» [3, с. 112], а также «...положительное отношение к себе и готовность использовать социальную поддержку как дополнительный социальный ресурс» [4, с. 23].

В то же время можно отметить, что изучение экзистенциального аспекта психологических предикторов при ВИЧ-положительном статусе на сегодняшний день представлено единичными научными публикациями, среди которых можно отметить, например, исследование О.В. Новожиловой [8]. Зарубежные исследования в этой области также имеют несколько другой фокус — они в большей степени ориентированы на изучение проблемы отношения к ВИЧ-инфицированным, в том числе среди медицинских и социальных работников (например, J. Jaoko, 2014 [13]; D.R. Phetlhu, M.J. Watson, 2011 [15]). Исследования же отношения к смерти в контексте проблемы СПИДа проводятся с позиций изучения факторов, способных повлиять на изменения в сексуальном поведении с целью профилактики распространения ВИЧ. Так, например, в исследовании Ntozi James P.M., Kirunga Ch.T. (1997) делается вывод о том, что отношение людей к смерти зависит не только от социально-демографических переменных (пола, возраста, образования, этнической принадлежности). На их отношение влияет также знание о конкретных людях в окружении респондента, больных или умерших от СПИДа. Чем больше таких людей способен назвать респондент, тем в большей степени это способно повлиять на его отношение к смерти и, соответственно, поведение [14].

Таким образом, постановка научной проблемы изучения отношения к болезни в контексте системы отношений «жизнь — смерть» основана на противоречии между значимостью экзистенциальных данностей для жизненного пути личности и ее адаптации к болезни и недостаточной разработанностью данного направления в науке. Проведенное нами исследование позволило описать роль отношения к экзистенциальным проблемам жизни и смерти в формировании отношения к болезни у ВИЧ-положительных мужчин и женщин.

Материалы и методы

Цель — изучить роль системы отношений ВИЧ-положительных мужчин и женщин к себе, жизни и смерти в формировании отношения к болезни и лечению.

Гипотезы исследования:

1. Отношение к жизни и смерти личности с ВИЧ-инфекцией взаимосвязано с отношением к болезни и лечению.
2. Отношение к жизни, смерти и болезни у ВИЧ-положительных мужчин и женщин имеет как общие, так и специфические особенности.

В исследовании приняли участие 65 пациентов в возрасте 20—30 лет, неотягощенных наркозависимостью, находившихся на диспансерном учете в Санкт-Петербургском центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, из них 31 мужчина и 34 женщины на III стадии заболевания, со сроком постановки диагноза два года. Исследование проводилось Васильченко О.Н. на базе Медицинского центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Участие в исследовании было добровольным; по результатам тестирования всем желающим была обеспечена устная обратная связь.

В соответствии с целями и гипотезами нашего исследования были выбраны следующие методики:

1. Методика Д.А. Леонтьева «Смысложизненные ориентации» (СЖО) [6].
2. Тест-опросник самоотношения С.Р. Пантелеева и В.В. Столина (ОСО) [9].
3. Методика Л.А. Цыдзик «Актуализации экзистенциальных проблем» (АЭП).

Предназначена для измерения степени актуализации экзистенциальных проблем. Методика представляет собой список из 16 проявлений актуализации экзистенциальных проблем: смысла, свободы, смерти и изоляции. Каждой из 4 экзистенциальных проблем соответствует 4 пункта методики в чередующемся порядке. Испытуемому предлагается оценить, насколько часто в последнее время их беспокоят перечисленные явления, по шкале от 1 до 5 баллов. Пользуясь ключом, можно вычислить степень актуализации каждой экзистенциальной проблемы.

4. Методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ) института им. В.М. Бехтерева [11].

Методика ТОБОЛ позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни, которые подразделяются авторами на 3 блока: в первый блок входят типы отношения к болезни без выраженных нарушений психической и социальной адаптации (гармоничный, эргопатический и анозогнозический); во второй — типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интрапсихической направленностью реагирования на болезнь (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы отношения); в третий — типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения).

5. Опросник А.А. Бакановой «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» (ОЖСК) [12].

Опросник состоит из 14 шкал, каждая из которых представляет собой утверждение с раздваивающимся окончанием: два противоположных варианта окончания задают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны семь градаций предпочтения. Испытуемому необходимо оценить, насколько то или иное утверждение соответствует его отношению к жизни, смерти и кризисным ситуациям.

Шкалы 1—7 («Принятие изменчивости жизни», «Жизнь как рост», «Принятие жизни», «Онтологическая защищенность», «Принятие себя», «Стремление к росту», «Ответственность») направлены на выявление отношения к различным компонентам жизни. Все эти шкалы отражают степень психологической зрелости, самоактуализации и гуманистической направленности личности. Шкалы 8 («Концепция смерти»), 10 («Принятие чувств по отношению к смерти»), и 11 («Принятие смерти») определяют концепцию смерти, которая включает в себя рациональные и эмоциональные компоненты. Шкалы 9 («Наличие смысла жизни»), 12 («Наличие смысла смерти»), 13 («Наличие смысла в кризисной ситуации») раскрывают наличие смысла в жизни, смерти и кризисной ситуации. Шкала 14 («Концепция кризисной ситуации») позволяет выявить, как человек понимает кризисную ситуацию — как «опасность» или «возможность».

6. Модифицированный вариант 5-балльных шкал оценки «Отношение больного к заболеванию» и «Отношение больного к лечению» Н.Г. Ермаковой [2].

Шкала «Отношение к заболеванию» способствует выявлению позиции больного к болезни по шкале от 1 до 5 баллов. Крайние позиции по шкале означают переоценку (4 и 5 баллов) или недооценку болезни (1 и 2 балла), средняя позиция (3 балла) — адекватную оценку. То есть чем больше балл по этой шкале, тем больше переоценка тяжести состояния.

Шкала «Отношение к лечению» выявляет участие и отношение больного к лечению. Здесь, как и в первой шкале, крайние позиции являются неадекватными: высокие баллы свидетельствуют о принятии больным ответственности за выздоровление только на себя, а низкие, наоборот, обесценивают собственные усилия.

Сопоставление оценок по двум шкалам (отношение к заболеванию и к лечению) дает возможность прогнозировать способность больного стать партнером в процессе лечения, установить отношения сотрудничества с врачами или отвергать усилия специалистов в силу своей личностной реакции на болезнь и недопонимание самой ситуации болезни. Для получения «Показателя вовлеченности» сырые баллы переводятся в шкальные оценки: чем выше оценка по шкале вовлеченности, тем в большей степени можно говорить о более адаптивной позиции больных в процессе наблюдения и лечения.

Методы математико-статистического анализа включали описательные статистики (частота, среднее), t-критерий Стьюдента и корреляционный анализ.

Перейдем к описанию основных результатов, полученных в ходе исследования.

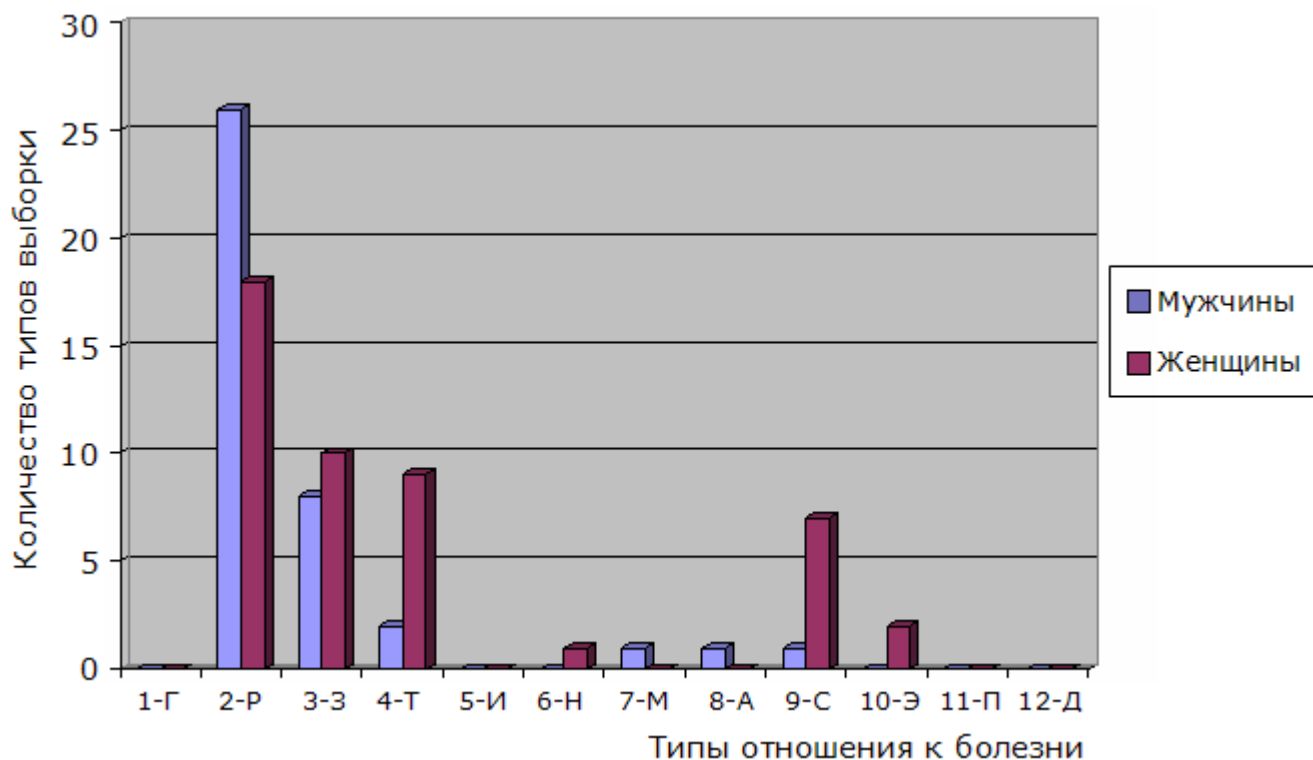
Результаты исследований

I. Особенности отношения к заболеванию у ВИЧ-положительных мужчин и женщин в контексте системы «жизнь — смерть»

Начнем описание результатов с отношения ВИЧ-положительных мужчин и женщин к своему заболеванию по результатам методики ТОБОЛ.

1) Как видно из рис. 1, для ВИЧ-положительных мужчин и женщин характерны в большей степени адаптивные типы отношения к болезни (эргопатический и

анозогнозический); для женщин также более характерны типы с наличием психической дезадаптации — тревожный и сенситивный.



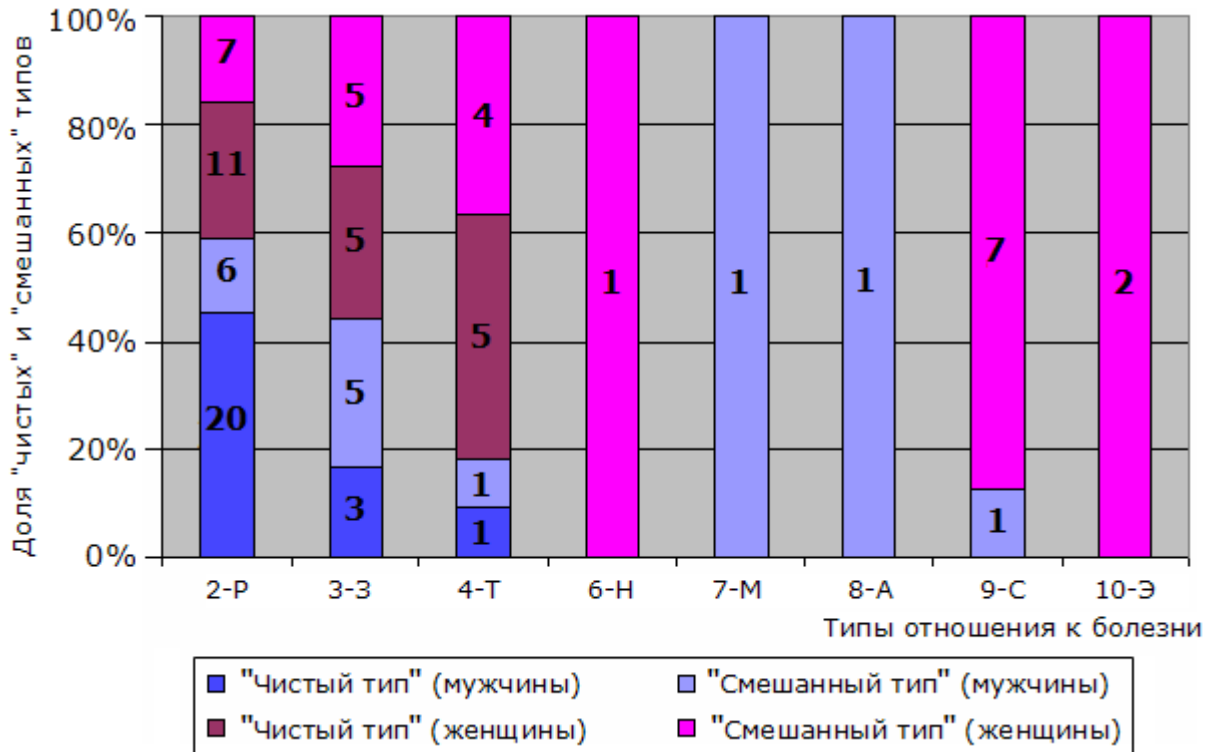
Условные обозначения к рисунку:

- 1-Г — Гармоничный (реалистичный, взвешенный).
- 2-Р — Эргопатический («уход от болезни в работу»).
- 3-З — Анозогнозический (активное отбрасывание мысли о болезни).
- 4-Т — Тревожный (беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни).
- 5-И — Ипохондрический (сосредоточение на субъективных болезненных ощущениях).
- 6-Н — Неврастенический (поведение по типу «раздражительной слабости»).
- 7-М — Меланхолический (витально-тоскливый).
- 8-А — Апатический (полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения).
- 9-С — Сенситивный (чрезмерная ранимость, уязвимость).
- 10-Э — Эгоцентрический (истероидный).
- 11-П — Паранойяльный (уверенность, что болезнь — результат внешних причин или злого умысла).
- 12-Д — Дисфорический (агрессивный).

Рис 1. Типы отношения к болезни в выборке ВИЧ-положительных мужчин и женщин

Такие результаты могут говорить о том, что отношение к болезни большинства ВИЧ-положительных мужчин и женщин 20—30 лет характеризуется стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Анализируя результаты методики ТОБОЛ, необходимо отметить также, что у большинства мужчин (у 24 из 31) и женщин (у 21 из 34) присутствуют так называемые «чистые» типы отношения к болезни (преобладание одной из 12 психодиагностических шкал), что отражено на рис. 2.



Типы отношения к болезни (условные обозначения к рисунку):

- 2-Р — Эргопатический.
- 3-3 — Анозогнозический.
- 4-Т — Тревожный.
- 6-Н — Неврастенический.
- 7-М — Меланхолический.
- 8-А — Апатический.
- 9-С — Сенситивный.
- 10-Э — Эгоцентрический.

Рис 2. Чистые и смешанные типы отношения к болезни в выборке ВИЧ-положительных мужчин и женщин

Так, у 23 мужчин диагностируются «чистые» типы, отличающиеся отсутствием явных нарушений адаптации в связи с заболеванием: у 20 человек — эргопатический, у 3 — анозогнозический, и лишь у 1 мужчины был диагностирован тревожный тип отношения, который с точки зрения авторов методики обуславливает нарушения социальной адаптации больных. У женщин среди «чистых» типов отношения к болезни присутствуют эргопатический (11 человек), а также анозогнозический (5 человек) и тревожный (5 человек).

Примерно те же тенденции наблюдаются и при анализе смешанных типов (наличие максимальных оценок по двум или трем шкалам). Так, в мужской выборке, как видно на рис. 2, преобладают адаптивные типы отношения к болезни (эргопатический и анозогнозический). У женщин в смешанных типах чаще наблюдается присутствие либо адаптивного компонента отношения к заболеванию (эргопатического и анозогнозического типа), либо дезадаптивного (в первую очередь сенситивного).

Сравнительный анализ результатов в группах ВИЧ-положительных мужчин и женщин, проведенный с помощью t-критерия Стьюдента, показал имеющиеся различия в их отношении к собственному заболеванию (см. табл. 1).

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа отношения ВИЧ-положительных мужчин и женщин 20—30 лет к своему заболеванию по методике ТОБОЛ (по t-критерию Стьюдента)

Показатели		Средние значения		Значение t-критерия	Уровень значимости
		Женщины	Мужчины		
Тип отношения к болезни (методика ТОБОЛ)	Эргопатический (2-Р)	0,53	0,84	-2,78	0,01
	Тревожный тип (4-Т)	0,26	0,06	2,2	0,03
	Сенситивный тип (9-С)	0,21	0,03	2,17	0,03

Из табл. 1 видно, что у мужчин значимо чаще присутствует **эргопатический тип** отношения к заболеванию (в 84%), который характеризуется стремлением сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности. В женской выборке значимо чаще встречается наличие **тревожного типа** отношения к заболеванию (26%), который характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений и неэффективности лечения. **Сенситивный тип** отношения к болезни, характеризующийся чрезмерной ранимостью, уязвимостью и боязнью стать из-за болезни обузой для близких, в большей степени также характерен для женской выборки.

Таким образом, говоря о типе отношения к заболеванию у ВИЧ-положительных мужчин и женщин, можно отметить, что для мужчин в большей степени характерен выбор адаптивных типов отношения, при которых их психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Для женщин в большей степени, чем для мужчин, характерна интрапсихическая (тревожный тип) или интерпсихическая (сенситивный тип) направленность личностного реагирования на ВИЧ, затрудняющая социальную адаптацию. Из этого следует, что процесс адаптации ВИЧ-положительных женщин к своему заболеванию может иметь другую структуру, при которой стремление к сохранению системы ценностей и активному социальному функционированию может соседствовать с явлениями психической дезадаптации интрапсихической или интерпсихической природы.

2) Предположение о различной структуре отношения к болезни у ВИЧ-положительных мужчин и женщин может быть проверено с помощью корреляционного анализа.

Так, по результатам корреляционного анализа в мужской выборке **эргопатический тип** отношения к заболеванию отрицательно взаимосвязан с тревожным ($r = -0,60$; $p < 0,01$), меланхолическим ($r = -0,42$; $p < 0,05$) и апатическим ($r = -0,42$; $p < 0,05$) типами отношения, а также с интегральными шкалами опросника ОСО: аутосимпатия ($r = -0,53$; $p < 0,01$), ожидаемое отношение от других ($r = -0,45$; $p < 0,05$) и самоинтерес ($r = 0,44$; $p < 0,05$). Также этот тип отношения имеет положительные взаимосвязи практически со всеми шкалами по методике СЖО: с общей осмысленностью жизни ($r = 0,38$; $p < 0,05$), процессом жизни ($r = 0,64$; $p < 0,01$), локусом контроля «Я» ($r = 0,50$; $p < 0,01$) и локусом контроля «Жизнь» ($r = 0,57$; $p < 0,01$), а также с целым рядом шкал по опроснику ОЖСК: «Принятие изменчивости жизни» ($r = 0,47$; $p < 0,01$), «Жизнь как рост» ($r = 0,45$; $p < 0,05$), «Онтологическая защищенность» ($r = 0,53$; $p < 0,01$), «Ответственность» ($r = 0,38$; $p < 0,05$), «Концепция смерти» ($r = 0,38$; $p < 0,05$), «Наличие смысла жизни» ($r = 0,39$; $p < 0,05$), «Наличие смысла смерти» ($r = 0,51$; $p < 0,01$), «Концепция кризисной ситуации» ($r = 0,63$; $p < 0,01$).

Исходя из корреляционных взаимосвязей, можно видеть, что эргопатический тип отношения к заболеванию у ВИЧ-положительных мужчин 20—30 лет хоть и взаимосвязан с некоторыми элементами самообвинения и неприятия себя, тем не менее является адаптивным с точки зрения осмысленности жизни и принятия ответственности. Также можно отметить, что такой тип отношения отражает существующие у мужчин представления о кризисной ситуации как о возможности приобретения нового опыта, значимого для развития личности, а о смерти — как о возможности посмертного существования души. Присутствие этого типа является к тому же своеобразным «противовесом» для формирования тревожного, меланхолического или апатического типов отношения к болезни. В целом, можно отметить, что эргопатический тип отношения к заболеванию ВИЧ у мужчин основан на таких экзистенциальных аспектах, как наличие смысла (и в жизни, и в смерти), уверенность в способности контролировать свою жизнь и принимать ответственность на себя, а также умение извлекать опыт из критических жизненных ситуаций.

Примечательно, что у женщин эргопатический тип отношения к заболеванию имеет в целом схожие взаимосвязи со шкалами методики СЖО и опросника ОЖСК, но при этом положительно взаимосвязан с такими шкалами ОСО, как «Самоуважение» ($r = 0,43$; $p < 0,05$) и «Самоуверенность» ($r = 0,39$; $p < 0,05$), а также отрицательно — с актуализацией экзистенциальной проблемы смерти ($r = -0,62$; $p < 0,01$) по методике АЭП. Данные взаимосвязи показывают, что для ВИЧ-положительных женщин уход в работу связан не столько с возможной компенсацией неприятия себя, сколько, наоборот, с верой в свои возможности, а также с низкой актуализацией экзистенциальной проблемы смерти.

Говоря об экзистенциальных аспектах, взаимосвязанных с выбором эргопатического типа отношения к болезни у ВИЧ-положительных женщин, можно отметить, что эти аспекты лежат не только в плоскости принятия ответственности за свою жизнь и наличия смысла в жизни, но также заключаются в способности видеть смысл в кризисных ситуациях и проработанной проблеме смерти.

Таким образом, преобладание эргопатического типа отношения к ВИЧ-инфекции у мужчин взаимосвязано с противоречивым отношением к себе на фоне ответственного отношения к собственной жизни, а у женщин — со способностью к самоуважению в ситуации низкой актуальности экзистенциальной проблемы смерти.

Анализируя корреляционные взаимосвязи **тревожного типа отношения к заболеванию у женщин**, можно отметить, что он имеет положительные взаимосвязи с сенситивным типом отношения к болезни ($r = 0,35$; $p < 0,05$), актуализацией экзистенциальных проблем смысла ($r = 0,39$; $p < 0,05$) и смерти ($r = 0,69$; $p < 0,01$), а также с субъективной переоценкой тяжести своего состояния по шкале «Отношение к заболеванию» ($r = 0,65$; $p < 0,01$). Кроме того, этот тип имеет отрицательные взаимосвязи со шкалами аутосимпатии ($r = -0,42$; $p < 0,05$), самоуверенности ($r = -0,34$; $p < 0,05$), с общей осмысленностью жизни ($r = -0,41$; $p < 0,05$); а также с такими шкалами нашего опросника, как «Принятие изменчивости жизни» ($r = -0,55$; $p < 0,01$), «Жизнь как рост» ($r = -0,74$; $p < 0,01$), «Стремление к росту» ($r = -0,42$; $p < 0,05$), «Ответственность» ($r = -0,54$; $p < 0,01$) и «Наличие смысла смерти» ($r = 0,36$; $p < 0,05$).

Сенситивный тип отношения к болезни имеет, в свою очередь, положительные взаимосвязи со шкалами «Самопринятие» ($r = 0,38$; $p < 0,05$) и «Саморуководство» ($r = 0,36$; $p < 0,05$) по ОСО и шкалой «Принятие жизни» ($r = 0,44$; $p < 0,01$) по опроснику ОЖСК. Отрицательные взаимосвязи выявлены только с двумя шкалами: «Эргопатический тип отношения к болезни» ($r = -0,64$; $p < 0,01$) и шкала «Онтологическая защищенность» ($r = -0,40$; $p < 0,05$) по опроснику ОЖСК.

Исходя из этих взаимосвязей, можно предположить, что тревожный тип отношения к заболеванию у ВИЧ-положительных женщин может быть взаимосвязан не только с преморбидными особенностями личности (например, с низкой способностью контролировать собственную жизнь и психологической незрелостью), но и с особенностями их экзистенциальной ситуации, в частности актуальными проблемами поиска смысла жизни и своего отношения к смерти. Примечательным в этой связи является противоречие между наличием смысла в смерти и его отсутствием в жизни при высокой актуализации смерти как экзистенциальной проблемы. То есть на экзистенциальном уровне тревожный тип отношения к болезни может «читаться» как отсутствие аргументов в пользу жизни на фоне имеющихся аргументов «в пользу» смерти. Отсутствие такой «экзистенциальной опоры» в ситуации положительного ВИЧ-статуса может приводить к психической дезадаптации, связанной как с интрапсихической, так и с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

В этой связи можно отметить, что сенсibilизированное отношение к болезни у женщин (как отражение интерпсихической направленности реагирования) в качестве одной из глубинных основ может иметь, судя по результатам, чувство онтологической незащищенности как отражение базового недоверия и чувства небезопасности в отношениях с другими людьми и миром. На экзистенциальном уровне этот тип отношения к болезни может «читаться» как внутреннее противоречие между стремлением к жизни и страхом перед ней.

У мужчин структура взаимосвязей **тревожного типа отношения к заболеванию** имеет свои особенности. Так, этот тип положительно взаимосвязан с меланхолическим ($r = 0,70$) и апатическим ($r = 0,70$) типами отношения, а также с аутосимпатией ($r = 0,38$) и самопониманием ($r = 0,45$). Отрицательные взаимосвязи со шкалами эргопатического типа отношения ($r = -0,60$) по ТООБЛ, интегральной шкалой самоинтереса ($r = -0,66$), а также шкалами саморуководства ($r = -0,43$) и самоинтереса ($r = -0,67$) по ОСО; общей осмысленностью жизни ($r = -0,49$) по методике СЖО; шкалами «Наличие смысла смерти» ($r = -0,48$), «Наличие смысла жизни» ($r = -0,54$), «Концепция кризисной ситуации» ($r = -0,55$), «Концепция смерти» ($r = -0,44$) и «Принятие изменчивости жизни» ($r = -0,48$) по опроснику ОЖСК. Значимых корреляционных взаимосвязей с сенситивным типом отношения к заболеванию у мужчин выявлено не было.

Как видно из корреляционных взаимосвязей, у ВИЧ-положительных мужчин интрапсихическая направленность реагирования на заболевание (включающая тревожный, меланхолический и апатический типы) взаимосвязана с противоречивым типом самоотношения (при выраженных аутосимпатии и самопонимании снижены самоинтерес и саморуководство), а также низкой осмысленностью жизни и смерти. Можно добавить также, что тревожный тип отношения к болезни взаимосвязан у мужчин с представлениями о невозможности извлечения опыта из переживания кризисных ситуаций, а также с представлениями о смерти как об окончательном завершении жизни души и тела.

В целом, анализируя представленные корреляционные взаимосвязи, можно предположить, что для мужчин тревожный тип отношения к заболеванию это, скорее, свидетельство отсутствия смысла не только в жизни, но также в смерти и кризисных ситуациях, а для женщин — отсутствие аргументов в пользу жизни на фоне имеющихся аргументов «в пользу» смерти.

Говоря об отношении ВИЧ-положительных мужчин и женщин 20—30 лет к болезни, интересно рассмотреть также их отношение к лечению.

II. Особенности отношения к лечению у ВИЧ-положительных мужчин и женщин в контексте системы «жизнь — смерть»

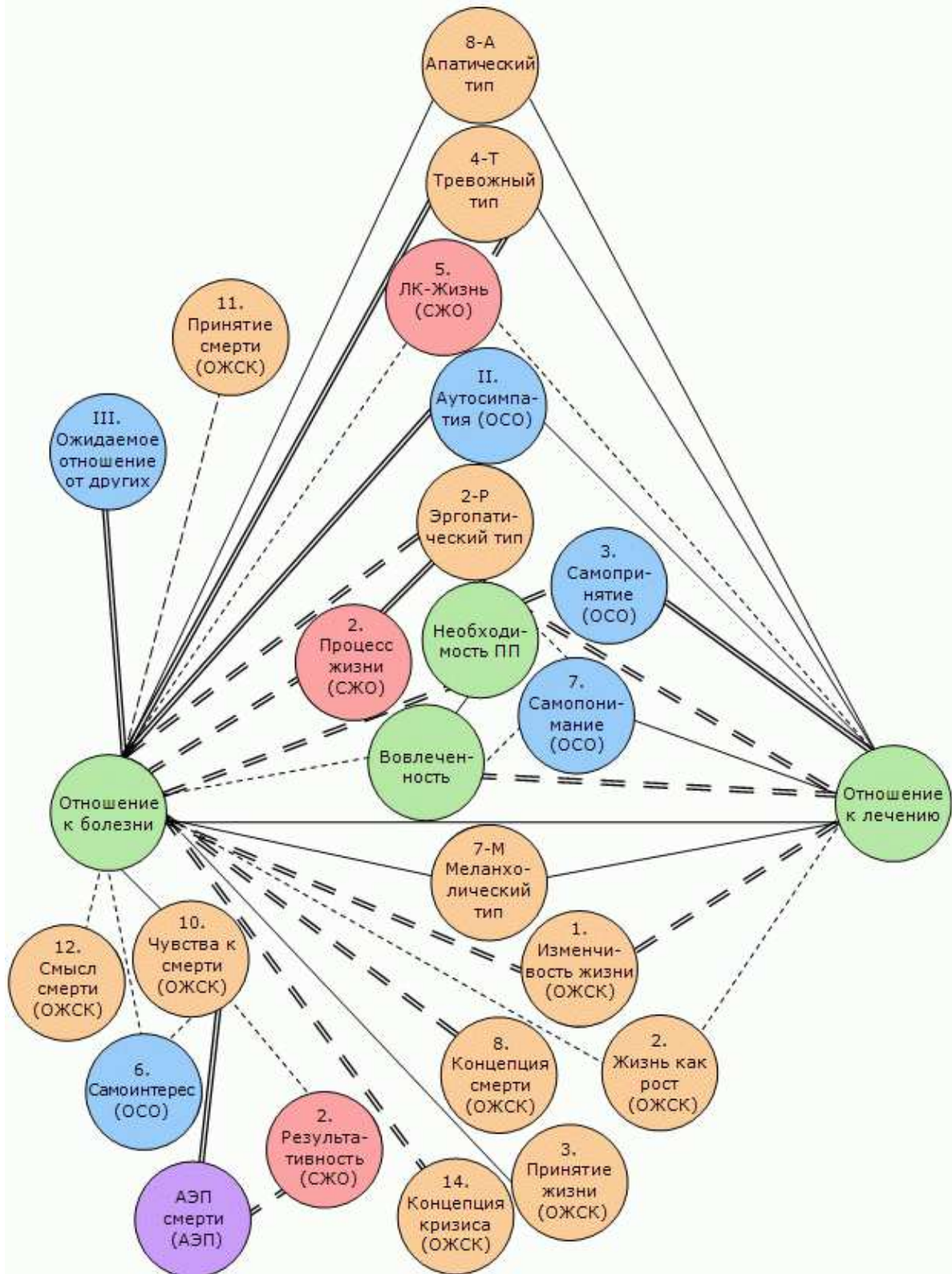
Как было описано выше, при проведении анкетирования участникам исследования было предложено оценить собственное отношение к заболеванию и лечению по двум соответствующим шкалам, на основе которых был рассчитан также «Показатель вовлеченности» больного в процесс лечения.

Обработка результатов показала, что значимых различий по этим показателям выявлено не было: мужчины и женщины в целом характеризуются адекватным отношением к болезни (в среднем 2,90 и 3,12 баллов соответственно); ответственность за лечение возлагается ими равно как на себя, так и на других (в среднем 3,61 и 3,5 баллов соответственно). Показатель вовлеченности отражает средний уровень с тенденцией к высокому (22,26 и 21,03 соответственно), что может свидетельствовать о целесообразности психологической помощи и терапии, приверженности к лечению. Примечательно в этой связи, что сами больные, оценивая по шкале от 1 до 7 баллов необходимость психологической поддержки в ходе лечения ВИЧ-инфекции, оценили ее в среднем на 5 баллов (у мужчин — 4,77 и у женщин — 5,24 балла), признавая, что вероятность обращения за психологической помощью при наличии такой возможности составила бы в среднем 68%. Эти данные могут говорить о достаточно высокой востребованности психологической помощи при лечении данной категории больных.

Корреляционный анализ при этом показал, что отношение к лечению имеет у мужчин и женщин различную структуру.

Так, на рис. 3 видно, что у мужчин отношение к заболеванию положительно взаимосвязано с отношением к лечению и отрицательно — с показателем вовлеченности. То есть чем в большей степени мужчины склонны переоценивать тяжесть своего заболевания, тем больше они склонны брать ответственность за свое исцеление полностью на себя, демонстрируя при этом низкую вовлеченность в процесс лечения и заинтересованность в психологической помощи.

Интересным представляется рассмотрение некоторых психологических и экзистенциальных механизмов, лежащих в основе такого отношения. Как видно из рис. 3, переоценка мужчинами тяжести своего заболевания связана с аутосимпатией, самопониманием, самопринятием, а также ожиданием положительного отношения со стороны других людей при низком самоинтересе. Однако положительная самооценка в данном случае выступает, скорее, как препятствующий фактор для формирования конструктивной позиции при лечении, так как соседствует с низкой осмысленностью жизни и неверием в возможность управлять ею. Можно предположить, что демонстрируемое позитивное отношение к себе выступает в качестве «завесы», скрывающей экзистенциальный вакуум и не позволяющей признавать наличие у себя проблем (как соматических, так и психологических), требующих приложения усилий. За этой «завесой» скрывается также непринятие изменчивости жизни и факта существования смерти, в которой человек видит лишнее смысла окончание жизни души и тела. Несмотря на то, что собственные чувства в отношении смерти принимаются на фоне представления о жизненном кризисе как о событии, лишнем возможности приобретения важного для личности опыта, а также высокой значимости экзистенциальной проблемы смерти, это принятие представляется в большей степени искусственным, выступающим в качестве предмета для торга с социальным окружением. На фрагменте корреляционной плеяды (рис. 3) видно также, что переоценка мужчинами тяжести своего заболевания лежит в основе формирования апатичного, тревожного и меланхолического типов отношения к болезни.



Условные обозначения к рисунку:

- Положительная взаимосвязь на 1%-ном уровне значимости.
- Отрицательная взаимосвязь на 1%-ном уровне значимости.
- ===== Положительная взаимосвязь на 5%-ном уровне значимости.
- ===== Отрицательная взаимосвязь на 5%-ном уровне значимости.

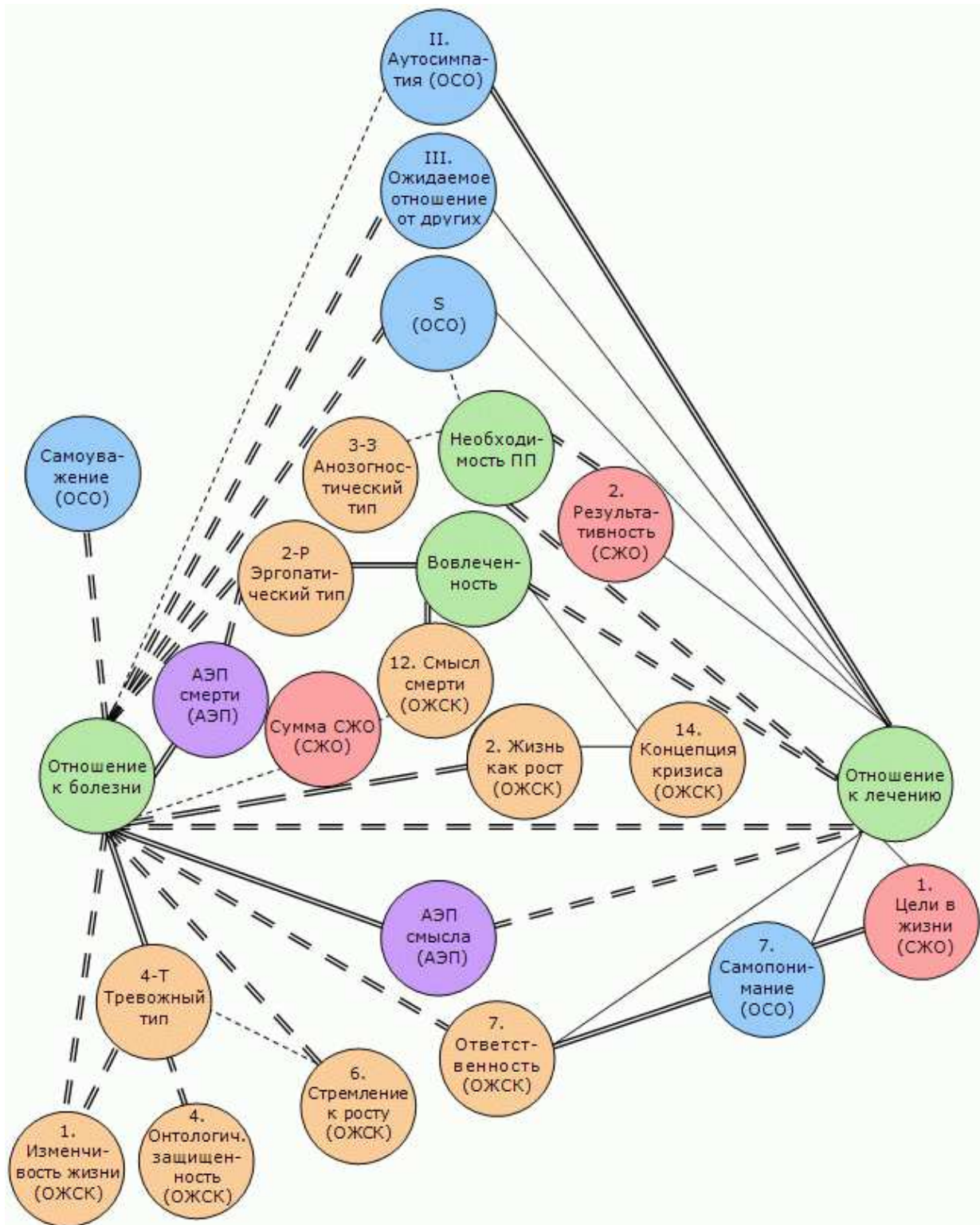
Рис. 3. Структура отношения к болезни и лечению у ВИЧ-положительных мужчин 20–30 лет: фрагмент корреляционной плеяды

Можно предположить также, что выраженное позитивное отношение ВИЧ-положительных мужчин к себе на фоне переоценки тяжести собственного заболевания является частью функционирования их системы самоуважения. То есть заболевание, воспринимаемое как неизлечимое, выступает в роли своеобразного жизненного вызова, который мужчина должен принять и на который он должен ответить. Позиция «я сам» в данном случае может восприниматься им как единственно возможная и правильная, соответствующая его представлениям о себе как о человеке, вызывающем уважение. Однако на более глубоком — экзистенциальном уровне — принятие этого вызова оказывается не обеспеченным соответствующими способами совладания с предъявляемыми жизнью задачами. Отказываясь от помощи других (в данном случае — от участия в лечении и психологической поддержки), человек лишает себя возможности справиться не только с эмоциональным контекстом ВИЧ-инфекции как заболевания, но и с экзистенциальным — как жизненного вызова.

Таким образом, низкая вовлеченность ВИЧ-положительных мужчин в процесс лечения на фоне переоценки тяжести своего заболевания может выступать следствием экзистенциального вакуума как глубинного переживания отсутствия смысла в жизни и скрываемого страха перед смертью. Эти чувства могут маскироваться за демонстрируемым позитивным отношением к себе, однако девиз «я сам справлюсь со своей проблемой» выступает лишь ширмой для интрапсихической направленности личностного реагирования на болезнь, за которой могут скрываться тревога, депрессивные настроения или безразличие. Среди экзистенциальных аспектов негативного отношения к лечению у мужчин можно выделить: а) актуальность экзистенциальной проблемы смерти, провоцирующей переоценку тяжести своего заболевания; б) представления о невозможности управлять своей жизнью; в) непринятие изменений и возможности извлекать опыт из кризисных ситуаций.

У женщин, как следует из корреляционной плеяды, представленной на рис. 4, наблюдаются иные взаимосвязи. У них отношение к заболеванию отрицательно взаимосвязано с отношением к лечению: то есть крайняя переоценка болезни может привести их, напротив, к рентной позиции, при которой ответственность за исход лечения полностью возлагается на других, сопровождаясь при этом, наоборот, высокой вовлеченностью в процесс лечения и выраженной потребностью в психологической помощи. То есть для ВИЧ-положительных женщин, в отличие от мужчин, характерны иные механизмы формирования отношения к болезни и лечению. Страх перед возможной смертью (высокая актуальность данной экзистенциальной проблемы) провоцирует, с одной стороны, переоценку тяжести своего заболевания, но с другой — повышает вовлеченность в процессе лечения. Однако при этом стоит помнить, что такая высокая вовлеченность может быть связана в большей степени с рентной позицией, нежели с принятием ответственности за собственное исцеление.

Говоря о психологических и экзистенциальных механизмах формирования такой позиции, можно отметить следующее. Как видно из фрагмента корреляционной плеяды (см. рис. 4), у ВИЧ-положительных женщин в переоценке тяжести своего заболевания значительную роль играет актуальность экзистенциальных проблем смысла и смерти, а также негативное отношение к себе и ожидание такого же отношения от других. На данном примере хорошо видно, что отношение к болезни является частью всей системы отношений личности, фундаментальными компонентами которой выступает отношение к себе, жизни и смерти. Интегральное непринятие себя, своей жизни и ее изменчивости, нежелание брать ответственность за собственный рост, трудности в поиске смыслов и своего отношения к смерти формируют предпосылки для тревожно-депрессивного типа отношения к заболеванию, который, лишая женщину веры в собственные силы, ведет к перекладыванию ответственности за свое лечение на других людей.



Условные обозначения к рисунку:

- Положительная взаимосвязь на 5%-ном уровне значимости.
- Отрицательная взаимосвязь на 5%-ном уровне значимости.
- ===== Положительная взаимосвязь на 1%-ном уровне значимости.
- == == == == Отрицательная взаимосвязь на 1%-ном уровне значимости.

Рис. 4. Структура отношения к болезни и лечению у ВИЧ-положительных женщин 20—30 лет: фрагмент корреляционной плеяды

Однако в таком, казалось бы, не вполне адаптивном подходе к лечению заключена возможность изменения, «психологического прорыва». Как видно на рис. 4, изменение степени вовлеченности в процесс лечения взаимосвязано с изменением отношения к кризисной ситуации заболевания, которая перестает оцениваться однозначно негативно. Возможность смотреть на происходящие в жизни события под углом не только «опасности», но и «возможности» открывает иное отношение к собственной жизни и заболеванию, в отношении к которому может доминировать уже эргопатический тип. Следует отметить при этом, что ориентация на сохранение профессионального статуса при сохранении выраженной вовлеченности в процесс лечения возможен для ВИЧ-положительных женщин лишь при условии «выбора в пользу жизни», когда смысл жизни субъективно «перевешивает» смысл смерти и страх перед ней.

Можно отметить, что наличие смысла в смерти является в данном случае не столько философской и мировоззренческой категорией, имеющей отношение к абстрактным понятиям. Для ВИЧ-положительных женщин видение смысла в смерти может выступать внутренним обоснованием факта «зачем я умираю»; способность найти смысл в собственной смерти является для них попыткой «оправдать» свою смерть, найти в ней возможное объяснение тем событиям, которые происходят в их жизни в связи с ВИЧ-инфекцией. Несмотря на значимость этого экзистенциального аспекта для адаптации к болезни и включения ее в мировоззренческую систему «жизнь — смерть», на нем, как показывают результаты, нельзя останавливаться. То есть мало найти смысл в собственной смерти, гораздо труднее найти его в собственной жизни, где уже присутствует ВИЧ. Поэтому задачами психологической помощи является обращение к темам смысла и смерти, и не только для того, чтобы помочь женщинам внутренне примириться со смертью, но и для того, чтобы они могли, приняв ее данность, сделать шаг в сторону жизни, наполненной смыслом.

Здесь целесообразно вспомнить теорию управления смыслом П. Вонга (P. Wong, 1994), согласно которой страх смерти проистекает из неудач в поиске смысла жизни, в то время как наличие смысла связано не только с положительным отношением к смерти, но и с психологическим здоровьем [17]. Особенностью позиции П. Вонга является также представление о том, что различные виды отношения к смерти могут сосуществовать друг с другом, то есть низкий страх смерти не обязательно является свидетельством принятия смерти, так же как и принятие смерти не исключает страх перед ней. В целом, П. Вонг рассматривает страх смерти как непринятие своей смертности, поэтому отношение к смерти может косвенно отражать смысложизненные феномены. В этой связи П. Вонг считает, что как отрицательные, так и положительные аспекты отношения к смерти необходимы в поиске смысла жизни [Там же]. Позитивная экзистенциальная терапия может выступать, с точки зрения П. Вонга, одним из инструментов психологической помощи, так как интегрирует экзистенциальные данности жизни и смерти, ориентируясь на то, «что делает жизнь стоящей того, чтобы жить, несмотря на страх смерти» [16].

Как следует из сравнительного анализа корреляционных взаимосвязей, психологические механизмы, лежащие в основе «мужского» и «женского» типов реагирования на болезнь, имеют как общие черты, так и специфические отличия.

Обсуждение результатов

Результаты проведенного нами исследования показывают особенности отношения ВИЧ-положительных мужчин и женщин 20—30 лет к своему заболеванию и лечению в контексте системы отношений «жизнь — смерть». Мы предполагаем, что отношение к базовым экзистенциальным данностям задает для личности своеобразную систему координат, в которой происходят выбор и конкретизация типа отношения к тому или иному аспекту реальности, в частности к заболеванию. Исходя из этого, отношение к болезни (и, соответственно, к лечению) не является изолированным феноменом, а имеет тесные взаимосвязи с другими аспектами системы отношений личности, поэтому тип отношения больного к заболеванию может рассматриваться как содержащий в себе отражение более глубоких (в данном случае — экзистенциальных) уровней системы отношений личности к себе, жизни и смерти. Поэтому мы можем «перевести» тип отношения к заболеванию на «экзистенциальный язык», «прочитать» его в системе координат «жизнь — смерть» (например, тревожный тип отношения к болезни у женщин может быть рассмотрен как отсутствие аргументов в пользу жизни на фоне имеющихся аргументов «в пользу» смерти).

В целом, исследование показало, что у ВИЧ-положительных мужчин и женщин отличается не только отношение к своему заболеванию, но и его структура в контексте системы «жизнь — смерть». В практической плоскости эти различия могут говорить о необходимости разных акцентов в процессе оказания психологической помощи больным. Так, психологическая помощь мужчинам может быть в большей степени ориентирована на прояснение внутреннего конфликта в самоотношении и способности принимать помощь со стороны других людей (врачей, психологов, близких); а у женщин — на принятие ответственности за свою жизнь, укрепление веры в свои возможности преодолевать препятствия. Общими направлениями может стать помощь в прояснении своих отношений с жизнью и смертью, поиске смысла в жизни и кризисных ситуациях (в частности, в ситуации заболевания), отреагирование эмоционального компонента отношения к болезни (страх, тревога и т.д.), принятие жизни, ее изменчивости и неопределенности.

Важным представляется и тот факт, что отношение к смерти тесно взаимосвязано с отношением к жизни, а значит, в работе психолога с ВИЧ-положительными больными должно быть отведено место и одному и другому аспекту существования. Из результатов исследования видно, что актуальность экзистенциальной проблемы смерти играет существенную роль в формировании отношения больных к своему заболеванию и лечению, однако перекося в сторону смерти (например, видение смысла в смерти при отсутствии смысла в жизни) может быть так же разрушителен для личности, как и игнорирование этой темы (например, невозможность обсудить свои переживания, связанные со смертью).

Обращаясь к теме смерти в процессе психологической помощи, стоит помнить о 3-х этапах принятия смерти, описанных П. Вонгом (P. Wong, 2009). Первый этап — «первоначального пробуждения» — начинается с конфронтации между страхом смерти и смыслом жизни. Благодаря пониманию того, что в жизни есть нечто большее, чем повседневная суета, а именно — глубокий смысл и высшая цель нашего существования, человек имеет силы противостоять страху конечности. На втором этапе принятия смерти приходит понимание того, что, пока человек жив, он может реализовать в своей жизни то, что действительно важно для него. Это, в свою очередь, приводит к третьему этапу, на котором «мы можем смотреть в лицо смерти без сожаления и страха» [16].

Результаты анализа полученных данных можно наглядно представить в виде рисунка (см. рис. 5), который показывает особенности отношения ВИЧ-положительных мужчин и женщин к болезни в контексте системы отношений «жизнь — смерть».

СМЕРТЬ	Отношение к смерти	«Конец» (смерть как окончательное завершение жизни души и тела)	Концепция смерти		«Переход» (смерть как переход души в другую форму существования)	Отношение к смерти	СМЕРТЬ	
		Нет	Смысл смерти		Есть			
		Есть	Экзистенциальная проблема смерти		Нет			
		Высокая актуальность			Низкая актуальность			
БОЛЕЗНЬ	Отношение к болезни и лечению	Субъективная переоценка тяжести заболевания	Деадаптивные типы реагирования интрапсихической направленности: тревожный, меланхолический, апатический	Типы личностного реагирования на болезнь	Адаптивные типы личностного реагирования: эргопатический	Адекватная оценка тяжести состояния	Отношение к болезни и лечению	БОЛЕЗНЬ
		Позиция «я сам» (принятие ответственности за выздоровление только на себя низкая вовлеченность в лечение и отсутствие потребности в психологической помощи)				Позиция сотрудничества (высокая вовлеченность в лечение и потребность в психологической помощи)		
		Рентная позиция (отсутствие активной позиции в лечении)						
ЖИЗНЬ	Самоотношение	Позитивное самоотношение (самопринятие, самопонимание, ожидание позитивного отношения других)				Противоречивое самоотношение (низкая аутосимпатия и ожидание негативного отношения других при высоком самоинтересе)	Самоотношение	ЖИЗНЬ
		Негативное самоотношение (низкое самоуважение и аутосимпатия, ожидание негативного отношения других)				Позитивное самоотношение (самоуважение и аутосимпатия, ожидание позитивного отношения других)		
	Отношение к жизни	Низкая осмысленность	Смысл жизни	Высокая осмысленность	Отношение к жизни			
		Актуализация экзистенциальной проблемы смысла						
		Непринятие				Ответственность	Принятие	
	Отношение к неопределенности	Непринятие	Принятие жизни и ее изменчивости	Принятие	Отношение к неопределенности			
		Затруднено	Контроль жизни в ситуации неопределенности	Возможно				
		«Опасность» (в кризисных ситуациях нет смысла)	Отношение к кризисным ситуациям	«Возможность» (в кризисных ситуациях есть смысл)				

Условные обозначения к рисунку: синим шрифтом выделены особенности, характерные для мужчин, красным — для женщин; черным — являющиеся общими.

Рис. 5. Отношение к болезни в контексте системы отношений «жизнь — смерть»

Как видно из рисунка, рассмотренные нами адаптивные и неадаптивные типы личностного реагирования на болезнь, характерные для ВИЧ-положительных мужчин и женщин (по методике ТОБОЛ), не только взаимосвязаны с различным отношением к болезни и лечению, но также являются результатом взаимодействия различных компонентов отношения личности к себе, жизни и смерти. Среди таких значимых компонентов **отношения к смерти** нами выделены концепция смерти, смысл смерти, а также уровень актуализации экзистенциальной проблемы смерти (предположительно — страх смерти).

Среди значимых компонентов **отношения к жизни** можно назвать такие, как смысл жизни, ответственность, принятие жизни и ее изменчивости, вера в возможность контролировать свою жизнь и управлять ею, в том числе в ситуациях неопределенности, а также отношение к кризисным ситуациям.

Выводы:

Среди *общих особенностей отношения* ВИЧ-положительных мужчин и женщин к болезни и лечению в контексте отношений «жизнь — смерть» можно выделить следующие:

1. Отношение к болезни большинства ВИЧ-положительных мужчин и женщин 20—30 лет, неотягощенных наркозависимостью, со сроком постановки диагноза 2 года характеризуется стремлением преодолеть заболевание, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования.

2. Эргопатический тип отношения к заболеванию является в целом адаптивным для ВИЧ-положительных мужчин и женщин, так как основан на такой системе отношения к жизни и смерти, которая опирается на смыслы и стремление к преодолению кризисных ситуаций.

3. Отношение к болезни и лечению у мужчин и женщин взаимосвязано с такими компонентами системы отношения к жизни и смерти, как:

- актуальность экзистенциальной проблемы смерти, лежащая в основе переоценки тяжести своего заболевания;
- отношение к себе как значимый аспект формирования отношения к собственному заболеванию и лечению;
- способность находить смысл в жизни и кризисных ситуациях как мощный внутренний ресурс для поиска адаптивного типа отношения к болезни.

Структура отношения к болезни и лечению ВИЧ-положительных мужчин и женщин имеет следующие *специфические особенности*:

4. Типы отношения к заболеванию у ВИЧ-положительных мужчин и женщин имеют разную структуру:

- Эргопатический тип отношения к заболеванию: для мужчин это, скорее, адаптивный способ компенсации негативных чувств в отношении самого себя, а для женщин — результат преодоления собственной тревоги, в том числе в отношении смерти, и обретения веры в собственные силы.
- Тревожный тип отношения к заболеванию у женщин может отражать их внутренний поиск ответов на экзистенциальные вопросы смерти и смысла жизни, а у мужчин, наоборот, являться свидетельством своеобразной остановки в понимании происходящих в их жизни изменений.
- Сенсibilизированное отношение к болезни у женщин на экзистенциальном уровне отражает внутреннее противоречие между стремлением к жизни и страхом перед ней.

5. Переоценка тяжести своего заболевания у ВИЧ-положительных мужчин 20—30 лет приводит к низкой вовлеченности в процесс лечения с преобладающей позицией «я сам». Среди психологических механизмов формирования такой позиции выделяется позитивное отношение к себе, выступающее в качестве элемента самоуважения в ситуации принятия мужчиной вызова болезни.

6. У ВИЧ-положительных женщин 20—30 лет переоценка тяжести своего заболевания приводит, наоборот, к рентной позиции, которая, однако, сопровождается высокой вовлеченностью в процесс лечения и выраженной потребностью в психологической помощи. Готовность использовать помощь со стороны других людей (врачей, медперсонала, психологов) и переосмысление ситуации заболевания может привести к выбору более адаптивных типов отношения к болезни.

7. Среди значимых экзистенциальных аспектов отношения к жизни, способных сформировать адаптивную систему отношения к болезни и лечению, можно выделить следующие: у мужчин это представления о возможности управлять своей жизнью в ситуациях неопределенности (болезнь, кризис, жизненные изменения), а у женщин — способность находить смысл в происходящих изменениях и принимать их.

В целом, изучение системы отношений больных к жизни и смерти представляется обоснованным и перспективным, так как позволяет не только описать глубинные механизмы формирования отношения к болезни и лечению, но и определить перспективные направления психологической помощи в рамках экзистенциально-гуманистической парадигмы.

Литература

1. Дмитриевский А.А., Сазонова И.М. СПИД: приговор отменяется. – М.: ООО «Издательство «Олимп»; ООО «Издательство «АСТ», 2003. – 105 с.
2. Ермакова Н.Г. Изучение отношения к заболеванию и лечению у больных с последствиями инсульта в процессе восстановительного лечения // Многообразие психологической помощи: коллективная монография. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – С. 39–46.
3. Зинченко А.И. Сравнение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных с разным уровнем иммунитета // Известия Российского государственного университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 35(76). – С. 107–113.
4. Зинченко А.И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию: автореф. дис. ... канд. психол.наук. – СПб., 2009. – 24 с.
5. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб., 1999.
6. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
7. Мясищев В.Н. Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева. – М.: Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОД ЭК», 1995. – 356 с.
8. Новожилова О.В. Восприятие смерти и жизненные планы людей, переживающих витальную угрозу // Вестник СПбГУ. – Сер. 12. – 2010. – Вып. 1. – С. 101–107.
9. Пантелеев С.Р., Столин В.В. Методика исследования самоотношения // Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики. – М., 1989. – 205 с.
10. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 488 с.
11. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова [и др.]. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 25 с.

12. Слотина Т.В. Психология личности: учебное пособие. – СПб.: «Питер». – 2008. – С. 260–268.
13. Jaoko J. Social Workers' Attitudes towards People Living with HIV/AIDS in Kentucky // Journal of Sociological Research. – 2014. – Vol. 5, № 2. – P. 56–62.
14. Ntozi J.P.M., Kirunga Ch.T. HIV/AIDS, change in sexual behaviour and community attitudes in Uganda. // Health Transition Review. – 1997. – Vol. 7(Supplement). – P. 157–174.
15. Phetlhu D.R., Watson M.J. Perceptions and Attitudes of Health Workers towards Patients Co-infected with HIV and Tuberculosis // Journal of Social Sciences. – 2011. – Vol. 29, № 1. – P. 23–27.
16. Wong P.T.P. Positive existential psychotherapy and pathways to death acceptance. [Review of the book Staring at the Sun] // PsycCRITIQUES. February 25, 2009. – Vol. 54(8).
17. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death // Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application / Ed. by R.A. Neimeyer. – N.Y.: Taylor and Francis, 1994. – P. 121–148.

The attitude towards life, death and the disease of HIV-infected aged 20–30 years

Bakanova A.A.

Bakanova Anastasia Aleksandrovna

Associate Professor, Department of Clinical Psychology and Psychological Help, the Herzen State Pedagogical University of Russia, Moika, 48, Saint Petersburg, 191186, Russian Federation. Phone: (812) 571-25-69.

E-mail: ba2006@mail.ru

Abstract. The study aims to explore the role of a system of attitudes of HIV-positive men and women towards themselves, life and death in the formation of their attitude towards the disease and treatment. The diagnostic complex in our study consisted of the following methods: "Type of Attitude Towards Disease" questionnaire (TADIS), "Purpose-In-Life" test, "Self-attitude Questionnaire" (SAQ), "Actualization of Existential Problems" (AEP) method and others. Results of the study proved that HIV-positive men and women not only have different attitudes towards their disease, but also different structure of those attitudes in the context of the "life—death" system. In practice such differences may point towards the necessity of applying different approach to patients when you offer them psychological help. Adaptive and non-adaptive types of attitude towards the disease in HIV-positive men and women are not only correlated with different attitude towards the disease and treatment, but also are a result of interaction between various components of person's attitude towards themselves, life and death. Among such crucial components in attitude towards death we have found out the following: the concept of death, meaning of death, and the level of actualization of existential threat of death (presumably — the fear of death). Among the important components of attitude towards life we may name the following: meaning of life, responsibility, acceptance of life and its changeability, person's belief in the ability to control and manage their life and attitude towards critical situations. It is noteworthy that urgency of existential problem of death plays a significant role in formation of attitude towards the disease and its treatment and may lie in the core of overestimating disease's severity.

Key words: attitude towards the disease, attitude towards life and death, existential problems, HIV infection.

Bibliographic reference

Bakanova A.A. The attitude towards life, death and the disease of HIV-infected aged 20–30 years. *Med. psihol. Ross.*, 2015, no. 2(31), p. 4 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

Received: January 29, 2015

Accepted: February 20, 2015

Publisher: March 18, 2015

Introduction

Attitude towards the disease is considered one of the main attitudes of patient's personality structure in medical psychology as it is often a major factor for psychotherapy of patients with somatic disorders. Therefore, we find it essential to study psychological factors that determine formation of such attitude towards the disease that could lead a patient to function successfully and to satisfy their urgent needs despite their health problems while forming adherence to treatment. In this case attitude towards life and death may be considered as the broadest context for understanding the peculiarities of functioning of a person with health problems as, according to V.N. Myasishev's concept, attitude towards the disease is a reflection of wholesome system of person's attitudes [5; 7]. Without any doubt attitude towards life and death are basic categories that determine the variety of person's attitudes and may be viewed as a factor that is correlated with adaptive and disadaptive types of attitude towards the disease. In this case we view the disease as a situation that reminds, on the one hand, about mortality and, on the other hand, about the necessity of making changes in life. In this respect we may consider the disease as a critical situation that puts a person in front of existential questions of purpose, responsibility, solitude and fear of death, therefore, making an existential challenge. Thus, a crucial part of studying psychological predictors of attitude towards the disease is an **existential aspect** that may not only show us the depth of person's involvement into the situation of the disease, but also open those aspects of psychological and psychotherapeutical help that will be essential for curing patients or making them feel better.

Studying existential situation of patients gains the most urgency during severe somatic diseases, for example, HIV infection. And though, quoting professor Montagnier, "HIV does not inevitably lead to death" [quote from 1], for most patients news of their diagnosis is, according to V.V. Pokrovskiy, "an example of extreme situation" and is perceived "like a death sentence" [10, p. 124]. Like a critical life situation, holding HIV-positive status puts a person in a position "to make an inventory" of their thoughts on life and death in order to find an inner strength to overcome life crisis. A.I. Zinchenko during his study of psychological features of HIV-infected that influence body's ability to resist virus's destroying actions on the immune system, wrote that "...psychological predictors that include personality features of HIV-infected, their psychological and emotional state, their attitude towards the problem of AIDS, their life position and orientation on future are one of the main factors in slowing or stopping rates of HIV progress. [3, p. 112] and also "positive attitude towards themselves and readiness to use social support as an additional social resource" [4, p. 23]. At the same time, we should point out that nowadays study of existential aspect of psychological predictors for HIV-positive is represented only by few scientific publications, for example, the study of O.V. Novozhilova [8]. Foreign research in this area also have a slightly different focus — they are more focused on the study of the problem of relation to HIV-infected, including among medical and social workers (e. g., J. Jaoko, 2014 [13]; D.R. Phetlhu, M.J. Watson, 2011 [15]). Investigations of the attitude towards death in the context of the AIDS problem are conducted from the perspective of studying the factors that could affect the changes in sexual behavior in order to prevent the spread of HIV. For example, the study by Ntozi James P.M., Kirunga Ch.T. (1997) shows that the attitude of people towards death depends not only on the socio-demographic variables (sex, age, education, ethnicity). Their attitude also depends on their knowledge about specific people from the respondent's society who are ill or had dead from AIDS. The more the respondent is able to list such people, the more it is able to influence his attitude towards death and, accordingly, his behavior [14].

Thus, putting a scientific problem of studying attitude towards the disease in the context of relations system "life—death" is based upon a contradiction between significance of existential reality for person's life path and their adaptation to the disease and the fact that this scientific field is not developed enough. The study that we had carried out gave us an opportunity to describe the role the attitude towards existential problems of life and death plays in forming the attitude towards the disease in HIV-positive men and women.

Materials and methods

Aim — to study the role that system of relations towards themselves, life and death plays in formation of the attitude towards the disease and treatment in HIV-positive men and women.

Hypotheses:

1. Attitude towards life and death in an HIV-infected person is correlated with their attitude towards the disease and treatment.
2. Attitude towards life, death and the disease in HIV-positive men and women has both common and specific features.

Our study was conducted on 65 patients without drug addiction aged 20-30 years who were registered in the dispensary in St. Petersburg Center of preventive and defensive measures against AIDS and infectious diseases. Our sample consisted of 31 men and 34 women with stage III AIDS with a 2-year diagnosis history. This study was conducted by Vasilchenko O.N. on the premises of the Medical Center of preventive and defensive measures against AIDS. The respondents took part in the study voluntarily; all interested persons received oral feedback for their test results.

We have chosen the following methods according to aims and hypotheses of our study:

1. "Purpose-In-Life" test by D.A. Leontiev [6].
2. "Self-attitude questionnaire" (SAQ) by S.R. Panteleev and V.V. Stolin [9].
3. "Actualization of Existential Problems" (AEP) method by L.A. Tsydzik.

This method is aimed to measure the degree of actualization of existential problems. The method consists of a list of 16 displays of actualization of existential problems: purpose, freedom, death and isolation. Every one of 4 existential problems corresponds to 4 points in the method in alternating order. Respondents are asked to evaluate on the scale from 1 to 5 how often they have recently experienced listed events. Using a key, you can calculate the degree of actualization of every existential problem.

4. "Type of Attitude Towards Disease" questionnaire (TADIS) by V.M. Bekhterev Institute.

The TADIS method helps to diagnose 12 types of attitude towards the disease that are separated into 3 groups by authors of this method. The first group includes types of attitude towards the disease without visible disruptions of psychological and social adaptation (harmonic, ergopathic and anosognosic); the second group includes socially disadaptive types that are mainly connected with intrapsychic direction of reaction to the disease (anxious, hypochondriac, neurasthenic, melancholic and apathetic types of attitude); the third group consists of types with visible disruptions of psychical adaptation that are primarily connected with interpsychic direction of reaction to the disease (sensitive, egocentric, disphoric and paranoiac types of attitude).

5. Questionnaire "Attitude Towards Life, Death and Critical situation" (ALDC) by Bakanova A.A. [12].

The questionnaire consists of 14 scales each representing a statement with two bifurcation endings: two opposite ending options provide polars of evaluation scale that has seven grades of preference. A respondent has to evaluate the rate of how given statements correspond to their attitude towards life, death and critical situations.

Scales 1–7 (Acceptance of life changeability, Life as growth, Acceptance of life, Ontological safety, Self-acceptance, Aspiration for growth, Responsibility) are directed to point out attitudes towards different life components. All those scales reflect a degree of person's maturity, self-actualization and humanistic direction. Scales 8 (Concept of death), 10 (Acceptance of feelings to death) and 11 (Acceptance of death) determine the concept of death that includes rational and emotional components. Scales 9 (Meaning of life), 12 (Meaning of death), 13 (Meaning of critical situation) show person's meaning of life, death and critical situation. Scale 14 (Concept of critical situation) helps to evaluate how a person understands a critical situation — either like "a danger" or like "an opportunity".

6. Modified version of 5-point evaluating scales "Patient's Attitude Towards the Disease" and "Patient's Attitude Towards Treatment" by N.G. Ermakova [2].

A scale "Attitude towards the disease" helps to evaluate patient's position towards their disease on the scale from 1 to 5. Scale extremes mean overestimation (4 and 5 points) or underestimation of the disease (1 or 2 points), medium position (3 points) means adequate estimation. Thus, the bigger the grade on the scale, the stronger overestimation of state's severity is.

A scale "Attitude towards treatment" shows patient's participation and attitude towards treatment. Here, as well as in the first scale, extremes are inadequate: high points state that patient takes all responsibility for recovery on themselves while low points, on the contrary, devalue their own efforts.

Comparison of grades on two scales (attitude towards the disease and treatment) gives an opportunity to forecast patient's ability to become a partner in treatment, to establish cooperative relationships with doctors or to reject specialists' efforts due to personal reaction to the disease and misunderstanding disease's situation. To calculate "The Index of Involvement" you have to convert raw scores to scale grades: the bigger the index of involvement, the more adaptive patient's position is in the process of observation and treatment.

Mathematical and statistical methods of analysis included descriptive statistics (frequency, mean), Student's t-test and correlation analysis.

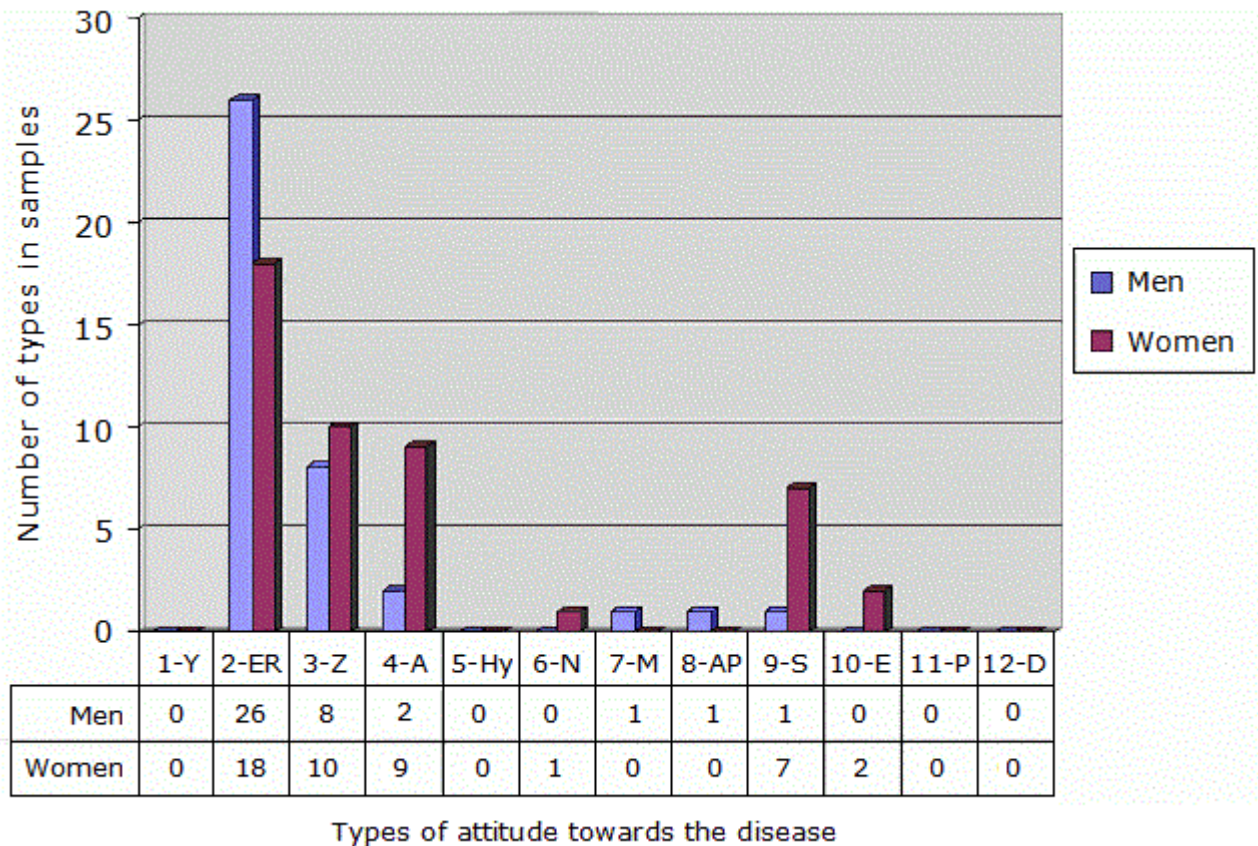
Now we shall pass on to the description of main results obtained during our study.

Study results

I. Features of attitude towards the disease in HIV-positive men and women in the context of "life – death" system

We begin description of the results from attitude of HIV-positive men and women to their disease according to TADIS method.

1) As we can see from pic. 1, HIV-positive men and women are more prone to adaptive types of attitude towards the disease (ergopathic and anosognosic); also types with psychical disadaptation such as anxious and sensitive are typical for women.



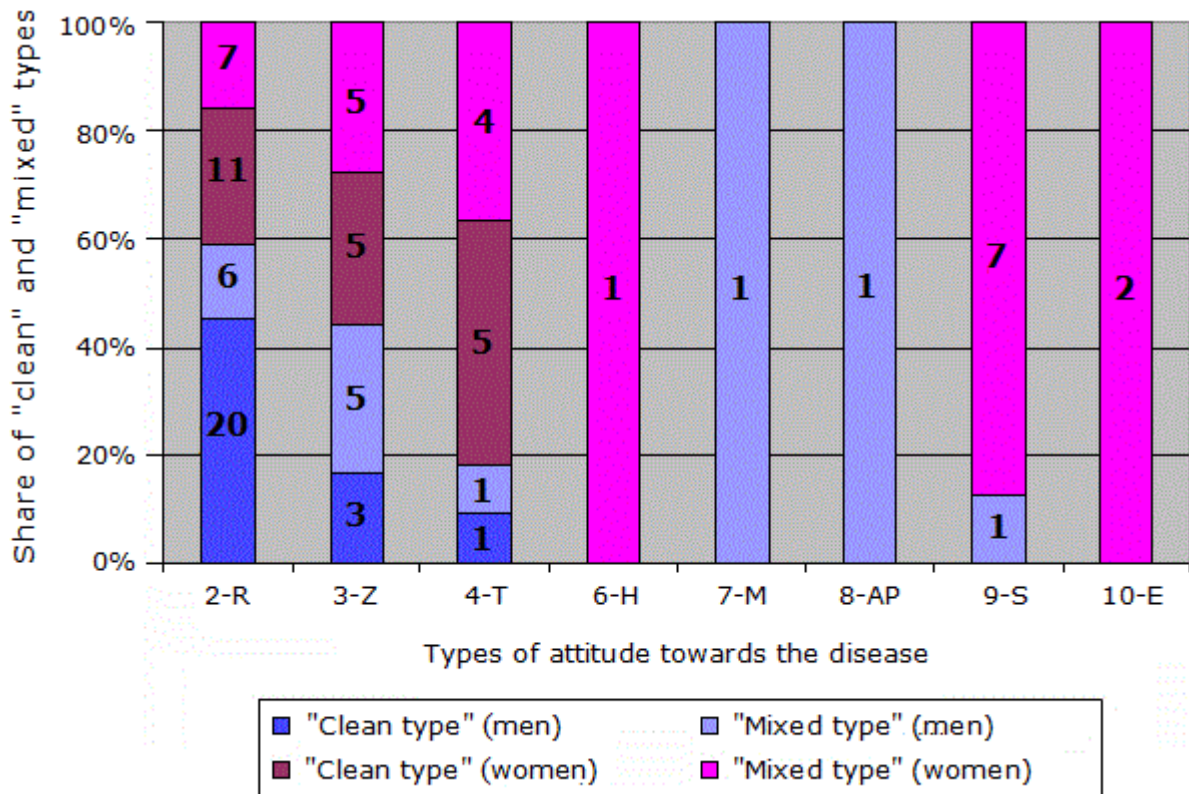
Picture legend:

- 1-H — Harmonic (realistic, considerate).
- 2-Er — Ergopathic ("withdrawal from the disease into work").
- 3-Z — Anosognosic (active rejection of thoughts about the disease).
- 4-A — Anxious (anxiety and suspiciousness regarding adverse clinical course).
- 5-Hy — Hypochondriac (focus on subjective painful sensations).
- 6-N — Neurasthenic (type of "irritated weakness" behavior).
- 7-M — Melancholic (vitally sad).
- 8-AP — Apathetic (full apathy to one's fate, clinical outcome, treatment results).
- 9-S — Sensitive (excessive vulnerability, susceptibility).
- 10-E — Egocentric (hysterical).
- 11-P — Paranoiac (confidence that the disease is a result of external causes or evil intent).
- 12-D — Dysphoric (aggressive).

Pic 1. Types of attitude towards the disease in HIV-positive men and women sample

Such results may point to the fact that attitude towards the disease in most HIV-positive men and women aged 20—30 is characterized by the drive to overcome the disease, by not accepting "the role" of a sick person, by maintaining their structure of values and active social functioning without distinctive display of psychical and social disadaptation.

While analyzing TADIS results we should also emphasize the fact that most men (24 out of 31) and women (21 out of 34) have so-called "clean" types of attitude towards the disease (prevalence of one of twelve psychodiagnostic scales) which is shown on pic. 2.



Types of attitude towards the disease (Picture legend):

2-Er — Ergopathic.

3-Z — Anosognosic.

4-A — Anxious.

6-N — Neurasthenic.

7-M — Melancholic.

8-AP — Apathetic.

9-S — Sensitive.

10-E — Egocentric.

Pic. 2 Clean and mixed types of attitude towards the disease in the sample of HIV-positive men and women

Thus, 23 men are diagnosed with "clean" types that are characterized by the lack of visible adaptation disruptions due to the disease: 20 with ergopathic, 3 with anosognosic and only 1 man with anxious type of attitude that from authors' point of view conditions disruptions of patients' social adaptation. Women have ergopathic (11 respondents), anosognosic (5 respondents), anxious (5 respondents) types among "clean" types of attitude towards the disease.

We observe approximately the same tendencies during analysis of mixed types (maximum grades on 2 or 3 scales). Thus, as we can see on pic. 2, in men's sample adaptive types of attitude towards the disease (ergopathic and anosognosic) prevail. Women with mixed types more often have either adaptive component of attitude towards the disease (ergopathic and anosognosic) or disadaptive (mostly sensitive).

Comparative analysis of the results in groups of HIV-positive men and women conducted with Student's t-test showed differences in their attitude towards the disease (table 1).

Table 1

Results of comparative analysis of attitude towards the disease in HIV-positive men and women aged 20—30 according to TADIS method (Student's t-test)

Factor		Mean		T-test	Significance level
		Women	Men		
Type of attitude towards the disease (TADIS method)	Ergopathic type (2-Er)	0.53	0.84	-2.78	0.01
	Anxious type (4-A)	0.26	0.06	2.2	0.03
	Sensitive type (9-S)	0.21	0.03	2.17	0.03

From Table 1 we may see that men significantly more often have **ergopathic type** of attitude towards the disease (84%) that is characterized by pursuit to save professional status and ability to continue work activities. In women's sample **anxious type** of attitude towards the disease is found much more often (26%). It is characterized by constant anxiety and suspiciousness regarding bad clinical course, possible complications and ineffective treatment. **Sensitive type** of attitude towards the disease that is characterized by excessive vulnerability, susceptibility and fear of becoming a burden to your family is also more common for women's sample.

Hence, when talking about types of attitude towards the disease in HIV-positive men and women, we may point out that it is more common for men to choose adaptive types of attitude that do not much disrupt their psychical and social adaptation. More often than men women are prone to intrapsychic (Anxious type) and interpsychic (Sensitive type) direction of personal reaction to HIV that makes social adaptation harder. Consequently, adaptation process of HIV-positive women to their disease possibly has different structure that may contain pursuit to maintain the system of values and active social functioning as well as displays of psychical disadaptation of intrapsychic and interpsychic nature.

2) Our assumption about different structure of attitude towards the disease in HIV-positive men and women may be checked by correlation analysis.

According to correlation analysis, in men's sample **ergopathic type** of attitude towards the disease is negatively correlated with anxious ($r = -0.60$; $p < 0.01$), melancholic ($r = -0.42$; $p < 0.05$) and apathetic ($r = -0.42$; $p < 0.05$) types of attitude and also with integral scales of Self-attitude questionnaire (SAQ): autosympathy ($r = -0.53$; $p < 0.01$), expected attitude from others ($r = -0.45$; $p < 0.05$) and self-interest ($r = 0.44$; $p < 0.05$). This type of attitude is also positively correlated practically with all scales in "Purpose-In-Life" test: general life intelligence ($r = 0.38$; $p < 0.05$), life process ($r = 0.64$; $p < 0.01$), locus of control I ($r = 0.50$; $p < 0.01$) and locus of control Life ($r = 0.57$; $p < 0.01$); moreover, with a few scales of "Attitude towards life, death and critical situation" (ALDC) questionnaire: acceptance of life changeability ($r = 0.47$; $p < 0.01$), life as growth ($r = 0.45$; $p < 0.05$), ontological safety ($r = 0.53$; $p < 0.01$), responsibility ($r = 0.38$; $p < 0.05$), concept of death ($r = 0.38$; $p < 0.05$), meaning of life ($r = 0.39$; $p < 0.05$), meaning of death ($r = 0.51$; $p < 0.01$), concept of critical situation ($r = 0.63$; $p < 0.01$).

According to correlations mentioned above, we may see that though ergopathic type of attitude in HIV-positive men aged 20—30 is correlated with some elements of self-accusation and self-rejection, it is still considered adaptive from the point of view of life meaningfulness and accepting responsibility. We should also indicate that such attitude type reflects men's idea of critical situation as an opportunity to gain new experience that is significant for personality development and idea of death as a possibility of soul's afterlife existence. Presence of this type is also kind of a "contrast" for forming anxious, melancholic or apathetic type of attitude towards the disease. Overall, we should point out that ergopathic type of attitude towards HIV disease in men is based on such existential aspects as: having a meaning (in life, and in death), confidence in ability to control their life and to take responsibility on themselves and a skill to gain experience from critical life situations.

It is noteworthy to mention that in women's sample ergopathic type of attitude towards the disease has similar correlations with scales of "Purpose-In-Life" method and ALDC questionnaire, but at the same time is positively correlated with such scales of SAQ as self-respect ($r = 0.43$; $p < 0.05$) and self-confidence ($r = 0.39$; $p < 0.05$), and also negatively with actualization of existential problem of death ($r = -0.62$; $p < 0.01$) from AEP method. Such correlations show that for HIV-positive concentration on work is connected not only with possible compensation of self-rejection, but, on the contrary, with trust in their capabilities and also with low actualization of existential problem of death.

Talking about existential aspects interconnected with choice of ergopathic type of attitude towards the disease in HIV-positive women, we may point out that they lie not only in the area of taking responsibility of one's life and having a meaning in life, but also in capability to see meaning in critical situations and having worked out one's problem of death.

Thus, prevalence of ergopathic type of attitude towards HIV infection in men is correlated with contradictory attitude towards themselves against a background of responsible attitude towards their life and in women with capability for self-respect in the situation of low urgency of existential problem of death.

When analyzing correlations regarding ***anxious type of attitude towards the disease in women*** we may indicate that it has positive correlations with sensitive type of attitude towards the disease ($r = 0.35$; $p < 0.05$), actualization of existential problems of meaning of life ($r = 0.39$; $p < 0.05$) and death ($r = 0.69$; $p < 0.01$), and also with subjective overestimation of their state's severity on a scale of "Attitude towards the disease" ($r = 0.65$; $p < 0.01$). This type also has negative correlations with scales of autosympathy ($r = -0.42$; $p < 0.05$), self-confidence ($r = -0.34$; $p < 0.05$), overall life meaningfulness ($r = -0.41$; $p < 0.05$); and also with such scales of our questionnaire as: acceptance of life changeability ($r = -0.55$; $p < 0.01$), life as growth ($r = -0.74$; $p < 0.01$), aspiration for growth ($r = -0.42$; $p < 0.05$), responsibility ($r = -0.54$; $p < 0.01$) and meaning in death ($r = 0.36$; $p < 0.05$).

Sensitive type of attitude towards the disease has positive correlations with scales of self-acceptance ($r = 0.38$; $p < 0.05$) and self-management ($r = 0.36$; $p < 0.05$) on SAQ scale and scale of "acceptance of life" ($r = 0.44$; $p < 0.01$) in ALDC questionnaire. Negative correlations were found only with two scales: ergopathic type of attitude towards the disease ($r = -0.64$; $p < 0.01$) and "ontological safety" scale ($r = -0.40$; $p < 0.05$) in ALDC.

Based on those correlations we may make an assumption that anxious type of attitude towards the disease in HIV-positive women may be connected not only to premorbid personality features (for example, low capability to control one's life and psychological immaturity), but also with features of their existential situation, particularly with urgent problems of seeking life meaning and their attitude towards death. It is notable in this regard that there is a contradiction between finding a meaning in death and lacking to find it in life while having high actualization of death as an existential problem. Therefore, on existential level anxious type of attitude towards the disease may be "read" as lack of arguments for life while having arguments for death. Lacking such "existential support" while being HIV-positive may lead to psychical disadaptation connected both with intrapsychic and interpsychic direction of reaction to the disease.

In this regard we should emphasize that sensibilized attitude towards the disease in women (as a reflection of interpsychic direction of reaction) as one of the inner bases may have, according to the results, a feeling of ontological unprotectiveness as a reflection of basic distrust and sense of unsafety in relations with the world and with other people. On existential level this type of attitude towards the disease may be "read" as an inner conflict between drive for life and fear of it.

Structure of correlations of ***anxious type of attitude towards the disease has specific treats for men***. Thus, this type is positively correlated with melancholic ($r = 0.70$) and apathetic ($r = 0.70$) types of attitude, and with autosympathy ($r = 0.38$) and self-understanding ($r = 0.45$). It is negatively correlated with scales of ergopathic type of attitude ($r = -0.60$) according to TADIS, integral scale of self-interest ($r = -0.66$), and also scales of self-management ($r = -0.43$) and self-interest ($r = -0.67$) according to SAQ; general life meaningfulness ($r = -0.49$) according to "Purpose-In-Life" method; scales "meaning of death" ($r = -0.48$), "meaning of life" ($r = -0.54$), "concept of critical situation" ($r = -0.55$), "concept of death" ($r = -0.44$) and "accepting life changeability" ($r = -0.48$)

according to ALDC. No significant correlations with sensitive type of attitude towards the disease were found out in men.

As we can see from obtained correlations, intrapsychic direction of reaction to the disease (including anxious, melancholic and apathetic types) in HIV-positive men is interconnected with contradictory type of self-attitude (apparent autosympathy and self-understanding together with low self-interest and self-management) and with low meaningfulness of life and death. We may also add that anxious type of attitude towards the disease in men is interconnected with an idea that one cannot draw any experience from overcoming critical situations and also with thinking of death as a final termination of soul's and body's life.

Overall, analyzing given correlations, we may make an assumption that for men anxious type of attitude towards the disease is more an evidence of lacking meaning not only in life, but also in death and in critical situations, while for women it is lacking arguments for life while having arguments for death.

Speaking of attitude towards the disease of HIV-positive men and women aged 20–30 it is also interesting to look upon their attitude towards treatment.

II. Features of attitude towards treatment in HIV-positive men and women in the context of "life – death" system

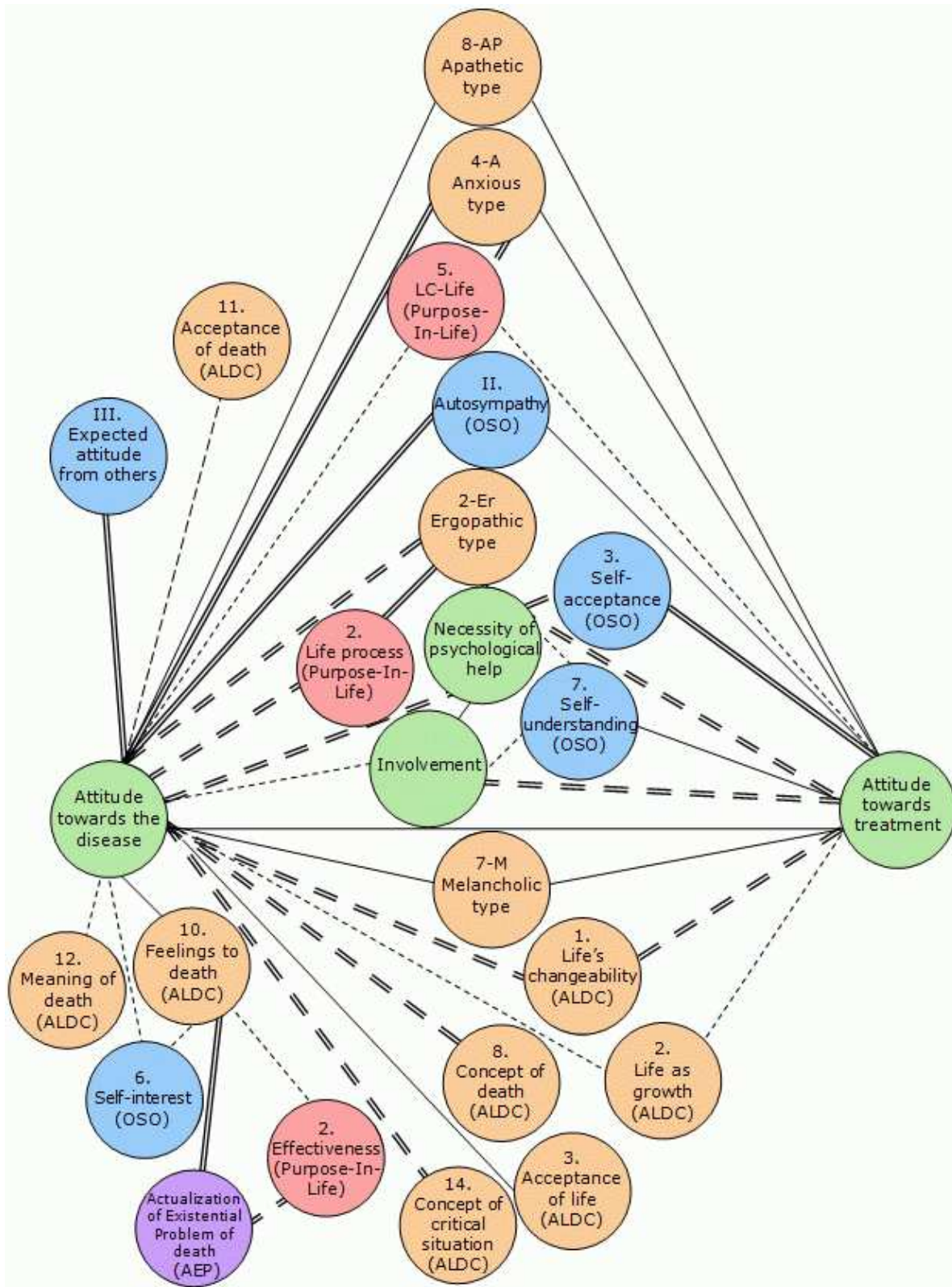
As we had described before, respondents were presented with possibility to rate their attitude towards the disease and treatment on two corresponding scales that were also the base for calculating patient's "Index of involvement" to the treatment process.

Processing of the results showed no significant differences between those grades. Both men and women on the whole are characterized by adequate attitude towards the disease (mean 2.90 and 3.12 points, accordingly); they hold both themselves and others responsible for treatment (mean 3.61 and 3.5 points, accordingly). The index of involvement is on the average level with tendency of rising (22.26 and 21.03 points, accordingly), meaning that psychological help and therapy of adherence to treatment are appropriate. It is significant in this regard that when patients rated the necessity of psychological help during treatment of HIV infection on the scale of 1 to 7, their mean rating was 5 (4.77 point for men and 5.24 for women). Thus, they admitted that possibility of asking for psychological help in case they had such opportunity would be 68% on the average. This data suggests quite high demand for psychological help during treatment of those patients.

At the same time correlation analysis showed that attitude towards treatment has different structure for men and women.

On picture 3 we may see that men's attitude towards the disease is positively correlated with attitude towards treatment and negatively with the index of involvement. Therefore, the more men tend to overestimate the severity of their disease, the more they tend to hold only themselves responsible for their recovery. At the same time they demonstrate low involvement in the process of treatment and low interest in psychological help.

It is interesting to consider some psychological and existential mechanisms that lie in the basis of such attitude. As we can see from picture 3, men's overestimating disease's severity is correlated with autosympathy, self-understanding, self-acceptance and also with expecting positive attitude from other people with low self-interest. However, positive self-esteem in this case is more of a prevention factor for forming constructive position during treatment as it goes together with low life meaningfulness and not believing in possibility to manage it. We may make an assumption that demonstrated positive self-attitude is like "a curtain" that hides existential vacuum and does not let a person admit having problems (both somatic and psychological) that need to be dealt with. This "curtain" also hides not accepting life's changeability and the fact that death exists and is seen as a meaningless end of life of body and soul. Even though their own feelings regarding death are accepted but only together with perceiving life crisis as an event not resulting in gaining important experience for a person and with high significance of existential problem of death, this acceptance is more artificial and is used to bargain with social environment. On the fragment of correlation pleiad (pic. 3) we may also see that men's overestimation of their disease's severity lies in the basis of forming apathetic, anxious and melancholic types of attitude towards the disease.



Picture legend:

- Positive correlation 1% level of significance.
- Negative correlation 1% level of significance.
- ==== Positive correlation 5% level of significance;
- ===== Negative correlation 5% level of significance.

Pic. 3. Structure of attitude towards the disease and treatment in HIV-positive men aged 20–30: fragment of correlation pleiad

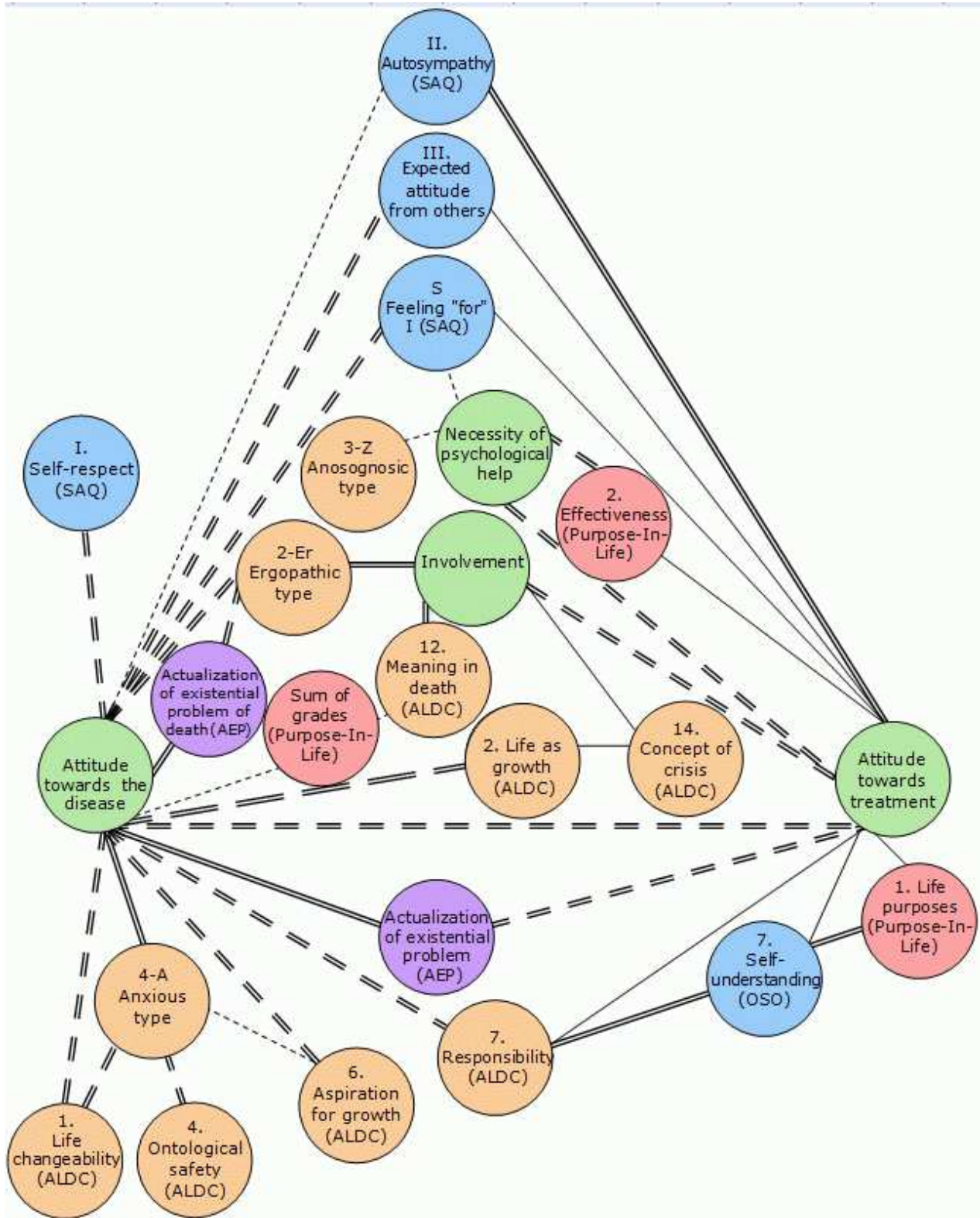
We also suppose that visibly positive self-attitude of HIV-positive men together with overestimating their disease's severity is a part of functioning of their system of self-respect. Therefore, the disease that is perceived as incurable plays a role of a peculiar life challenge that a man has to accept and to answer to. Position "I myself" in this case may be perceived as the only possibility and the only right way that coordinates to his self-perception as a respectable person. However, on the more deep — existential level — acceptance of this challenge appears to be not secured by appropriate ways of coping with life's problems. By rejecting help from others (in this case refusing to participate in treatment and psychological support) a person deprives himself from possibility to overcome not only emotional context of HIV infection as a disease, but also existential as a life challenge.

Thus, low involvement of HIV-positive men into the process of treatment together with overestimating their disease's severity may be a consequence of existential vacuum as a deep emotional experience of lacking meaning in life and hidden fear of death. Those feelings may "disguise" as demonstrated positive self-attitude, but a motto "I will cope with my problem on my own" is only a mask for intrapsychic direction of personality reaction to the disease that may hide anxiety, depressive moods or indifference. Among existential aspects of men's negative attitude towards treatment we may name the following:

- a) urgency of existential problem of death that provokes overestimation of disease's severity;
- b) belief of being unable to manage their life;
- c) not accepting changes and possibility to gain experience from critical situations.

According to correlation pleiad shown on picture 4, women have different correlations. Their attitude towards the disease is negatively correlated with attitude towards treatment, therefore, critical overestimation of disease's severity may lead them, on the contrary, to rent position which means that a person holds others responsible for treatment's outcome while having high involvement in the process of treatment and visible necessity in psychological help. Therefore, for HIV-positive women contrary to men, different mechanisms of forming attitude towards the disease and treatment are common. Fear of possible death (high urgency of this existential problem) provokes, on the one hand, overestimation of their disease's severity, but on the other hand, makes involvement in the process of treatment higher. However, we should remember that such high involvement may be more connected with rent position than with accepting responsibility for recovery.

Talking about psychological and existential mechanisms of forming such positions we may point out the following. As we can see from the fragment of correlation pleiad (look at picture 4), urgency of existential problems of meaning and death and also negative self-attitude and expecting the same attitude from others plays a major role in HIV-positive women's overestimation of their disease's severity. On those examples we may see clearly that attitude towards the disease is a part of all system of person's attitudes with fundamental components being self-attitude, attitude towards life and death. Integral non-acceptance of oneself, one's life and its changeability, not wanting to take responsibility for growth, difficulties in finding meanings and attitude towards death — all of those factors form a background for anxious and depressive type of attitude towards the disease. This type while depriving a woman of faith into her own strength, leads to shifting responsibility for her treatment on other people.



Picture legend:

- Positive correlation 1% level of significance.
- Negative correlation 1% level of significance.
- ===== Positive correlation 5% level of significance;
- == == == == Negative correlation 5% level of significance.

Pic. 4. Structure of attitude towards the disease and treatment in HIV-positive women aged 20–30: fragment of correlation pleiad

However, this seemingly not adaptive approach to treatment carries a possibility of changes, of "psychological break". As we can see on picture 4, changing of index of involvement into the treatment process is correlated with changing attitude towards the critical situation of the disease that stops being evaluated explicitly negatively. Possibility of looking upon life events not only from the angle of "danger", but also from the angle of "opportunity" opens another attitude towards one's life and disease in regard to which ergopathic type may dominate. At the same time we should say that orientation on saving professional status while conserving visible involvement into the process of treatment is possible for HIV-positive women only if they "choose life", i.e., when purpose of life subjectively "outweighs" purpose of death and fear of it.

Having meaning in death is in this case not exactly a philosophical and ideological category that is connected with abstract notions. For HIV-positive women seeing meaning in death may be an inner foundation of the fact "why I am dying"; capability to find meaning in their death is an attempt "to justify" it, to find possible explanations in their death for the events that happen in their life due to HIV infection. Though this existential aspect of adaptation to the disease and including it into ideological system "life-death" is significant according to the results, we cannot stop here. It is not enough to find meaning in their death, it is much more difficult to find it in their life with HIV. That is why tasks of psychological help include working with topics of meaning and death and not only to help women find their inner peace with death, but also to make a step towards meaningful life after accepting it as given.

Here it is advisable to recall the meaning management theory by P. Wong (P. Wong, 1994), according to which the fear of death stems from the failures to find the meaning of life, while the presence of the meaning is associated not only with a positive attitude towards death, but also to psychological health [17]. The peculiarity of P. Wong's position is also the idea that different types of attitude towards death can coexist with each other, i.e. the low fear of death is not necessarily an indication of the acceptance of death, as well as the acceptance of death does not exclude the fear of it. In general, P. Wong considers the fear of death as a non-acceptance of one's own mortality, so the attitude towards death may indirectly reflect the meaning of life phenomena. In this regard, P. Wong believes that both negative and positive aspects of the attitude towards death are necessary to find the meaning of life [Ibid]. Positive existential therapy can act, according to P. Wong, as one of the tools of psychological support because integrates the existential givens of life and death, focusing on "what makes life worth to live, despite the fear of death" [16].

Comparative analysis of correlations leads to the conclusion that psychological mechanisms that make foundation for "men" and "women" types of reaction to the disease have both general and specific treats.

Discussing the results

Results of the conducted study show features of attitude of HIV-positive men and women aged 20—30 to their disease and treatment in the context of relations system "life—death". We suppose that attitude towards basic existential beings gives a person a peculiar system of coordinates in which they make their choices and specify their type of attitude towards this or that aspect of reality and, in particular, towards the disease. According to this, attitude towards the disease (and to treatment, accordingly) is not an isolated phenomenon but has close interconnections with other aspects of systems of attitudes in a

person. Hence, the type of patient's attitude towards the disease may be seen as containing a reflection of more deep (in this case existential) levels of person's attitude system towards themselves, life and death. That is why we may "translate" the type of attitude towards the disease to "existential language" by "reading" it in the system of coordinates "life—death" (for example, anxious type of attitude towards the disease in women may be looked upon as lack of arguments for life while having arguments for death). Overall, our study proved that HIV-positive men and women differ not only in their attitude towards the disease, but also in its structure in the context of system "life—death". In practical sense those differences may speak about necessity of diverse approach to patients in the process of psychological help. Thus, psychological help for men may be more oriented on clarification of inner conflict in their self-attitude and ability to accept help from other people (doctors, psychologists and close relatives); for women — on taking responsibility for their lives and strengthening faith in their capability to overcome problems. Help in clarification of their relationship with life and death, finding meaning in life and in critical situations (particularly, in the situation of the disease), abreaction of emotional component of attitude towards the disease (fear, anxiety, etc.), accepting life and its changeability and uncertainty may be common for both men and women.

It is considered important that attitude towards death is closely correlated with attitude towards life. Hence, psychologists who work with HIV-positive patients should pay a lot of attention to both aspects of being. Obtained data show that urgency of existential problem of death plays major role in forming patient's attitude towards their disease and treatment. However, distortion to the side of death (for example, having meaning in death without having meaning in life) may be as destructive for a person as just ignoring this topic (for example, not having possibility to discuss their emotional experience connected with death).

Dealing with the topic of death during psychological support, it is worth remembering the three stages of death acceptance described by P. Wong (P. Wong, 2009). The first stage — "initial awakening" — begins with a confrontation between the fear of death and the meaning of life. Due to the understanding that life is more than the daily bustle, notably the deep meaning and ultimate purpose of our existence, a human has the strength to resist the fear of finiteness. On the second stage of death acceptance, the understanding that as long as the human is alive he can implement in his life that is really important for him comes. This, in turn, leads to the third stage, on which "we can face death without regret and fear" [Ibid].

Results of the analysis of obtained data are visually presented on picture 5 that shows features of attitude of HIV-positive men and women to the disease in the context of relations system "life—death".

DEATH	Attitude towards death	"The End" (death as a final end of life of soul and body)	Concept of death		"Transition" (death as a transition of soul to another form of being)	Attitude towards death	DEATH		
		No	Meaning of death		Yes				
		Yes	Existential problem of death		No				
		High urgency			Low urgency				
DISEASE	Attitude towards disease and treatment	Subjective overestimation of disease's severity	Disadaptive types of reaction of intrapsychic direction: anxious, melancholic, apathetic	Types of personal reaction to the disease	Adaptive types of personality reaction: ergopathic	Adequate estimation of state's severity	Attitude towards disease and treatment	DISEASE	
		Position "I myself" (accepting responsibility for recovery only on oneself, low involvement in treatment, lack of necessity of psychological help)				Position of collaboration (high involvement in treatment and necessity of psychological help)			
		Rent position (lack of active position in treatment)							
LIFE	Self-attitude	Positive self-attitude (self-acceptance, self-understanding, expecting positive attitude from others)	Disadaptive types of reaction of intrapsychic direction: anxious, melancholic, apathetic	Types of personal reaction to the disease	Adaptive types of personality reaction: ergopathic	Contradictory self-attitude (low autosympathy and expecting negative attitude from others while having high self-interest)	Self-attitude	LIFE	
		Negative self-attitude (low self-respect and autosympathy, expecting negative attitude from others)				Positive self-attitude (self-respect and autosympathy, expecting positive attitude from others)			
	Attitude towards life	Low meaningfulness				Meaning of life	High meaningfulness		Attitude towards life
		Actualization of existential problem of meaning							
		Non-acceptance					Responsibility		
	Attitude towards uncertainty	Non-acceptance				Acceptance of life and its changeability	Acceptance		Attitude towards uncertainty
		Complicated				Life control in situation of uncertainty	Possible		
		"Danger" (no meaning in critical situations)				Attitude towards critical situations	"Possibility" (there is meaning in critical situations)		

Legend: blue script highlights features characteristic for men, red — for women; black — general.

Pic. 5. Attitude towards the disease in context of relations system "life — death"

As we can see on the picture, discussed adaptive and unadaptive types of personal reaction to the disease that are characteristic for HIV-positive men and women according to TADIS method are not only correlated with different attitude towards the disease and treatment, but are also a result of interconnection between different components of self-attitude, attitude towards life and death. Among such significant components of **attitude towards death** we pointed out the following: concept of death, meaning of death and also the level of urgency of existential problem of death (supposedly fear of death).

Among significant components of **attitude towards life** we may name the following: meaning of life, responsibility, accepting life and its changeability, faith in possibility to control and manage their life, including in situations of uncertainty and also attitude towards critical situations.

Conclusions:

Among *general features of attitude* of HIV-positive men and women to the disease and treatment in the context of relations "life—death" we may present the following conclusions:

1. Attitude towards the disease in most HIV-positive men and women aged 20—30 without drug addiction with a 2-year diagnosis history is characterized by the strive to overcome the disease, to save value structure and active social functioning.

2. Ergopathic attitude towards the disease is, in fact, adaptive for HIV-positive men and women as it is based on such relations system "life—death" that roots in purposes and striving to overcome critical situations.

3. Attitude towards the disease and treatment in men and women is correlated with such components of the relations system "life—death" as:

- urgency of existential problem of death that lies in the basis of overestimating disease's severity;
- self-attitude as a significant aspect of forming attitude towards one's disease and treatment;
- ability to find meaning in life and critical situation as a strong inner resource for finding adaptive type of attitude towards the disease.

Structure of attitude towards the disease and treatment of HIV-positive men and women has the following *specific features*:

4. Types of attitude towards the disease in HIV-positive men and women have different structure:

- Ergopathic type of attitude towards the disease: for men it is mostly adaptive method of compensating negative feelings towards oneself, while for women it is a result of overcoming self-anxiety including anxiety towards death and gaining faith in one's strength.
- Anxious type of attitude towards the disease in women may reflect their inner search for answers to existential questions of death and meaning of life, while in men, on the contrary, is an evidence of a peculiar stop in understanding changes that happen in life.
- Sensitized attitude towards the disease in women on existential level reflects their inner conflict between drive to live and fear of life.

5. When HIV-positive men aged 20–30 tend to overestimate disease's severity, it leads to low inclusion into the process of treatment with prevailing position "I myself". Among psychological mechanisms of forming such position we may name positive attitude towards oneself that is an element of self-respect in the situation of accepting challenge of the disease by a man.

6. When HIV-positive women aged 20–30 tend to overestimate disease's severity, it leads, on the contrary, to the rent position that is connected with high involvement into the process of treatment and visible necessity in psychological help. They may choose more adaptive types of attitude towards the disease if they are ready to use help from other people like doctors, medical personnel and psychologists and reconsider the situation of the disease.

7. Among the most significant existential aspects of attitude towards life that may form adaptive system of attitudes towards the disease and treatment, we may name the following: in men these are beliefs in possibility to manage their own life in situations of uncertainty (disease, crisis, life changes), while in women — ability to find meaning in those changes and to accept them.

Overall, studying the system of patients' attitude towards life and death proves to be efficient and perspective as it helps not only to describe inner mechanisms of forming attitude towards the disease and treatment but also to detect perspective directions of psychological help in the area of existential and humanistic paradigm.

References

1. Dmitrevskii A.A., Sazonova I.M. *SPID: prigovor otmenyaetsya* [AIDS: verdict is canceled]. Moscow, OOO "Izdatel'stvo "Olimp" Publ.; OOO "Izdatel'stvo "AST" Publ., 2003. 105 p.
2. Ermakova N.G. *Izuchenie otnosheniya k zabolevaniyu i lecheniyu u bol'nykh s posledstviyami insul'ta v protsesse vosstanovitel'nogo lecheniya* [Studying attitude towards the disease and treatment in patients who suffered a stroke during rehabilitation]. In: *Mnogoobrazie psikhologicheskoi pomoshchi* [Variety of psychological help]. St. Petersburg, Izd-vo RGPU im. A.I. Gertsena Publ., 2008, pp. 39–46.
3. Zinchenko A.I. *Sravnenie psikhologicheskikh osobennostei VICH-infitsirovannykh s raznym urovnem immuniteta* [Comparison of psychological features of HIV-infected with different immunity levels]. *Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.I. Gertsena*, 2008, no. 35(76), pp. 107–113.
4. Zinchenko A.I. *Vliyanie psikhologicheskogo resursa VICH-infitsirovannykh na sposobnost' organizma protivostoyat' zabolevaniyu*. *Avtoref. dis. kand. psikhol. nauk* [Influence of psychological resource of HIV-infected on body's capability to resist the disease. Cand. Sci. (Psychology) diss.]. St. Petersburg, 2009. 24 p.
5. Iovlev B.V., Karpova E.B. *Psikhologiya otnoshenii. Kontseptsiya V.N. Myasishcheva i meditsinskaya psikhologiya* [Psychology of attitudes. Mjasishhev's concept and medical psychology]. St. Petersburg, 1999.
6. Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO) (2-e izd.)* ["Purpose-In-Life" test (2nd ed.)]. Moscow, Smysl Publ., 2000. 18 p.
7. Myasishchev V.N. *Psikhologiya otnoshenii* [Psychology of attitudes]. Edited by A.A. Bodaleva. Moscow, "Izdatel'stvo "Institut prakticheskoi psikhologii" Publ.; Voronezh, NPO "MOD EK" Publ., 1995. 356 p.
8. Novozhilova O.V. *Vospriyatie smerti i zhiznennye plany lyudei, perezhivayushchikh vital'nuyu ugrozu* [Perception of death and life plans of people under vital threat]. *Vestnik SPbGU*, ser. 12, 2010, issue 1, pp. 101–107.
9. Pantelev S.R., Stolin V.V. *Metodika issledovaniya samootnosheniya* [Method of studying self-attitude]. In: *Praktikum po psikhodiagnostike. Konkretnye psikhodiagnosticheskie metodiki* [Psychodiagnostic practicum. Particular psychological methods]. Moscow, 1989. 205 p.

10. Pokrovskii V.V. *VICH-infektsiya: klinika, diagnostika i lechenie* [HIV infection: clinical picture, diagnostics and treatment]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2003. 488 p.
11. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni* [Psychological diagnostics of attitude towards the disease]. St. Petersburg, Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2005. 25 c.
12. Slotina T.V. *Psikhologiya lichnosti: uchebnoe posobie* [Personality psychology]. St. Petersburg, "Piter" Publ., 2008, pp. 260–268.
13. Jaoko J. Social Workers' Attitudes towards People Living with HIV/AIDS in Kentucky. *Journal of Sociological Research*, 2014, vol. 5, no. 2, pp. 56–62.
14. Ntozi J.P.M., Kirunga Ch.T. HIV/AIDS, change in sexual behaviour and community attitudes in Uganda. *Health Transition Review*, 1997, vol. 7(Supplement), pp. 157–174.
15. Phetlhu D.R., Watson M.J. Perceptions and Attitudes of Health Workers towards Patients Co-infected with HIV and Tuberculosis. *Journal of Social Sciences*, 2011, vol. 29, no. 1, pp. 23–27.
16. Wong P.T.P. Positive existential psychotherapy and pathways to death acceptance [Review of the book *Staring at the Sun*]. *PsycCRITIQUES*, February 25, 2009, vol. 54, release 8, article 2.
17. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. *Death-Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death*. In: Neimeyer R.A., ed. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. N.Y., Taylor and Francis, 1994, pp. 121–148.